FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE).

DES

KYSTES SYNOVIAUX

DU POIGNET ET DE LA MAIN.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PAR

V.-A.-L. LEGOUEST,

Chirurgien-major et Professeur agrégé au Val-de-Grâce,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre impérial du Medjidié.

PARIS

LIBRAIRIE DE A. DELAHAYE ET E. CHATEL,

23, rue et place de l'École-de-Médecine.

1857

Juges du concours.

MM. BÉRARD, président.
BÉGIN.
DENONVILLIERS.
P. DUBOIS.
N. GUÉNEAU DE MUSSY.
LÉVY (Michel).
ROSTAN.
VELPEAU.

AMETTE, secrétaire du concours.

Compétiteurs.

MM. BAUCHET.
BERAUD.
DUCHAUSSOY.
FANO.
FOUCHER.
HOUEL.
MM. JAMAIN.
LEGENDRE.
LEGOUEST.
MOREL LAVALLÉE.
OLLIER.
TRÉLAT.

Paris. — Imprimé par E. THUNOT et Cᵉ, 26, rue Racine.

DES

KYSTES SYNOVIAUX

DU POIGNET ET DE LA MAIN.

I.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

On doit entendre par kystes synoviaux du poignet et de la main, des tumeurs en général globuleuses, de volume médiocre, renfermant un liquide synovial ou analogue à la synovie, se montrant sur les deux faces de ces régions, plus particulièrement sur la face dorsale, et constituées par une cavité accidentellement développée.

C'est à ces tumeurs que la plupart des auteurs ont réservé le nom de ganglions.

Mais, dans une acception plus générale, on a appliqué le nom de kystes synoviaux à toutes les tumeurs synoviales qui apparaissent à la main et au poignet. C'est ainsi que les auteurs anciens les ont décrites sous le nom générique de ganglions, tandis que les modernes en ont fait des classes plus nombreuses, et ont distingué les ganglions du développement des bourses synoviales *normales*, avec augmentation *anormale* du liquide qu'elles contiennent.

Nous en avons l'exemple dans le travail de M. Michon (1),

---

(1) *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, de la face palmaire du poignet et de la main.* Thèse de concours. Paris, 1851.

qui a fait à part l'histoire des tumeurs synoviales hydropiques, à grains hydatifornes, et celle du ganglion ; dans celui de M. Gosselin (1) qui décrit les kystes hydropiques, occupant une bourse tendineuse tout entière, et les kystes partiels ou ganglionnaires se formant dans une partie très-criconscrite d'une membrane synoviale.

Des pathologistes en assez grand nombre, avant ces derniers, se fondant sur l'origine, le siége et la nature des tumeurs, ont reconnu des hydropisies de la gaîne des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sous le nom de *ganglions;* des tumeurs enkystées et synoviales dévelcppées aux environs des articulations ou des gaînes tendineuses de glissement (2) : des kystes synoviaux qui communiquent ou ont communiqué avec la membrane synoviale articulaire ; des kystes synoviaux qui sont tout à fait étrangers à l'articulation (3).

D'après Chélius, le ganglion est une tumeur ronde, se developpant lentement, dont le volume dépasse rarement celui d'un œuf de pigeon, ce à quoi on l'a souvent comparé. Il consiste le plus souvent en un kyste à parois très-épaisses formé dans le voisinage des articulations et des gaines tendineuses, et contient un liquide analogue à la synovie. Il paraît, dans quelques cas, être le résultat d'une distention partielle des gaines des tendons, mais souvent il constitue réellement une production nouvelle.

M. J. Cloquet (Note sur les ganglions, *Arch. gén. de médecine*, 1824) confond sous la même dénomination les ganglions et les hydropisies, et apporte le plus grand soin à distinguer de ces affections les hernies synoviales.

---

(1) *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet*, par L. Gosselin. Mémoires de l'académie de médecine, 1851.

(2) L. J. Bégin. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VIII.

(3) Velpeau. *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXV.

M. Leguey, chirurgien militaire, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1837) les désigne sous le nom d'unguinocèles, et propose de reconnaître l'unguinocèle sous-cutanée (hygroma) qui comprendrait en même temps les tumeurs des bourses sous-musculaires; l'unguinocèle tendineuse (ganglion proprement dit) qu'on distinguerait elle-même en *vaginale* et en *vésiculaire* suivant que la tumeur siégerait dans l'une ou l'autre espèce de ces capsules.

Cette classification de M. Leguey, qu'il n'a fallu rien moins que les mémoires de MM. Gosselin et Michon pour tirer de l'oubli, n'a pas prévalu.

Dupuytren (Leçons orales) désigne sous le nom de kystes séreux, les tumeurs synoviales de la paume de la main et du poignet : il ne semble pas s'être occupé du véritable ganglion, dont l'histoire s'effaçait sans doute de son esprit, sous l'impression qu'y faisaient naître les accidents graves, consécutifs à l'opération des tumeurs précédentes par l'incision.

Division.

Nous pensons, malgré la définition que nous venons de donner des kystes synoviaux, qu'il nous faut admettre dans notre cadre, les différentes tumeurs synoviales qui apparaissent au poignet et à la main.

Le nombre en est grand, et l'énumération en a été encore récemment augmentée, mais il peut se réduire aux suivantes :

Hydarthrose affectant les nombreuses articulations que présentent ces parties ; accumulation de liquide dans les gaînes des tendons qui leur communiquent les mouvements; hernies synoviales, enkystées ou communiquant avec les gaînes tendineuses, ou les synoviales articulaires.

De toutes ces tumeurs, nous ne rejetterons que l'hydar-

throse, parce que la réunion sous un même chef des kystes synoviaux, proprement dits, quelle que soit leur provenance, et des hydropisies des gaînes, ou des bourses synoviales, existe en effet dans l'esprit de tous les chirurgiens, en dépit des distinctions établies ; parce que ces tumeurs ont des points de contact intimes par la forme générale, la constitution anatomique, la région qu'elles affectent, les causes qui leur donnent naissance, et leurs diverses terminaisons.

Nous nous proposons donc, dans le cours de ce travail, de traiter 1° Des kystes synoviaux proprement dits, (ganglions des auteurs); 2° Des hydropisies enkystées des gaînes synoviales. Nous ne nous dissimulons pas combien il nous sera difficile de dire ce que d'autres n'ont pas dit ; les travailleurs qui nous ont devancé nous ont laissé peu de chose à glaner : nous essayerons d'apporter notre mince contingent à leurs recherches, trop heureux si, encore bien qu'éclairé par leurs travaux, nous ne restons pas trop au-dessous d'eux.

Anatomie normale des gaînes synoviales de la main et du poignet.

Au préalable il nous paraît nécessaire d'exposer brièvement l'anatomie des bourses muqueuses et synoviales de la main et du poignet.

De tous les procédés qui ont été donnés pour parvenir à leur étude et à leur connaissance exactes, procédés que nous ne décrirons pas, le meilleur est, sans contredit, celui de M. Maslieurat-Lagémard, consistant dans l'insufflation ; M. Maslieurat a été imité et surpassé par M. Gosselin. Un de nos anciens collègues, M. Leguey, avait précédé ces chirurgiens dans l'étude de la disposition de ces organes, et était parvenu, à force de travail et de patience, par la seule habileté de son scalpel, à des résultats presque analogues.

Des descriptions nombreuses de ces bourses synoviales tendineuses ont été données par un grand nombre d'anatomistes et de chirurgiens, et sauf quelques légères différences, sous le rapport de leur étendue ou de leurs communications, elles se rapprochent beaucoup les unes des autres, et peuvent se réduire, comme le fait remarquer M. Michon (*Thèse de concours* 1851), à trois types principaux.

Il faut remarquer avant toutes choses, que, tous les tendons de la région antérieure du poignet, ne sont pas enserrés par le ligament annulaire antérieur du carpe ; tels sont en allant de dedans en dehors, celui du cubital antérieur, du petit palmaire et du long-supinateur.

Le grand palmaire lui-même s'insérant au deuxième métacarpien, ne fournit qu'un trajet très-court sous ce ligament, auquel il emprunte une gaîne d'enveloppe. De là découlent des considérations chirurgicales importantes, relativement au diagnostic précis des hydropisies synoviales.

A la région postérieure, au contraire, le ligament annulaire bride tous les tendons en raison de sa situation plus élevée; il va de l'apophyse styloïde interne à l'externe, tandis que l'antérieur se porte du pisiforme et de l'os crochu au scaphoïde et au trapèze, et se trouve plus bas de 2 centimètres environ que le premier.

Le cubital postérieur, l'extenseur propre du petit doigt, l'extenseur commun des doigts et l'extenseur propre de l'index, le long extenseur du pouce, les deux radiaux, le long abducteur et le court extenseur du pouce, sont pourvus isolément ou deux à deux, de coulisses ostéo-fibreuses, tapissées par des gaînes synoviales, qui peuvent se montrer distendues au-dessus et au-dessous du ligament annulaire postérieur.

Tous les fléchisseurs s'engagent, au contraire, sous la même arcade pour passer de l'avant-bras à la main, et sont accompagnés d'une bourse synoviale générale, qui affecte

avec certains d'entre eux des connexions particulières sur lesquelles nous reviendrons.

M. Marchal, de Calvi, dans sa thèse de concours pour l'agrégation (Paris 1839), a cherché à dénommer toutes les bourses synoviales et les a énumérées dans l'ordre suivant :

1° La radiale interne, enveloppant le tendon du grand palmaire.

2° La cubitale antérieure, située entre le tendon du cubital antérieur et le pisiforme.

3° La carpienne antérieure, ou capsule commune.

4° La bi-radiale, commune aux tendons des deux radiaux qu'elle accompagne ensuite chacun isolément.

5° Celle du long abducteur et court extenseur du pouce, commune à tous deux d'abord, puis subdivisée pour chacun d'eux.

6° Celle du long extenseur du pouce.

7° La carpienne postérieure, commune aux quatre tendons extenseurs.

8° La cubitale postérieure, destinée au tendon du muscle du même nom.

9° Les digitales.

Les bourses synoviales des tendons de la face dorsale de l'avant-bras et de la main, n'ont pas prêté aux discussions anatomiques, et les descriptions n'ont varié que sur la disposition de la bourse synoviale générale ou commune des fléchisseurs.

Fourcroy, Bichat, M. Maslieurat-Lagémard, ne reconnaissent qu'une seule gaîne au niveau du carpe :

Winslow, Meckel, MM. Velpeau et Cruveilher, après eux MM. Leguey et Gosselin, en reconnaissent deux; l'une commune aux fléchisseurs des doigts, l'autre spéciale au fléchisseur du pouce :

Jankius, Monro (Junior), Koch, Bourgery, en signalent un plus grand nombre encore.

M. Michon admet une bourse synoviale, spécialement destinée au fléchisseur du pouce, et qu'il appelle *bourse tendineuse externe ou radiale;* et une bourse synoviale unique pour les fléchisseurs des doigts qu'il appelle *bourse tendineuse interne ou cubitale.*

Après tous ces auteurs, nous n'avons pas la prétention de donner une description nouvelle de ces bourses synoviales; nous nous bornerons à dire seulement que, dans les dissections que nous en avons faites à l'époque où parut le mémoire de M. Gosselin, nous avons souvent trouvé une communication directe entre la bourse synoviale du pouce et celle du petit doigt, en insufflant l'une ou l'autre par l'extrémité digitale; disposition parfaitement en rapport avec la pathologie : que les tendons de l'index, du médius et de l'annulaire, nous ont paru seuls avoir une gaîne commune, communiquant quelquefois avec celle du petit doigt, qui, dans ce cas, ne communiquait pas avec celle du pouce; et que deux fois nous avons trouvé la bourse commune divisée en deux loges, l'une antérieure l'autre postérieure aux faisceaux tendineux, sans communication entre elles; disposition signalée par M. Velpeau.

Nous n'avons aucune remarque personnelle à faire sur les gaînes synoviales des doigts, sinon qu'une seule fois nous avons trouvé celle du médius communiquant, comme celle du petit doigt presque toujours, avec la bourse carpienne.

Voilà pour ce qui a trait aux bourses synoviales des tendons du poignet et de la main; nous nous bornerons à cet exposé, laissant de côté les anomalies longuement décrites par quelques anatomistes.

Anatomie normale des Synoviales articulaires.

Quant aux articulations diverses du poignet et de la main, elles sont trop connues pour que nous en donnions la description; mais c'est ici le lieu de discuter un point d'anatomie des synoviales articulaires, sur lequel M. Gosselin a appelé l'attention, dans son mémoire présenté à l'Académie, en 1851, sur les kystes synoviaux de la main et du poignet; point moins important en pratique qu'en théorie dans l'histoire de cette affection, mais auquel le talent de ce chirurgien a donné un certain retentissement; nous voulons parler des *kystes synovipares.*

Ces cryptes, ou follicules synovipares, comme les nomme M. Gosselin, existent-ils, et leur présence est-elle normale ou accidentelle? Ont-ils un siége de prédilection, et ce siége est-il en rapport avec les mouvements des articulations; enfin ont-ils quelque fonction physiologique? Telles sont les différentes questions que nous allons examiner rapidement.

Ils existent en effet, mais leur présence, à notre avis, n'est qu'accidentelle, malgré l'opinion contraire de MM. Cruveilher, Verneuil, Heyfelder fils, Foucher, dont les communications consignées dans les bulletins de la Société anatomique sont confirmatives de la thèse soutenue par M. Gosselin.

Si ces follicules existent normalement, ils doivent se rencontrer dans toutes les périodes de la vie; or, c'est précisément ce qui n'a pas lieu. Qu'on veuille bien examiner des synoviales articulaires sur de jeunes enfants et l'on n'en trouvera aucune trace. A mesure qu'on choisira pour l'observation des sujets plus avancés en âge, on verra apparaître les cryptes synoviaux qui se développeront d'abord aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs.

Le résultat de ces recherches dont nous nous sommes

occupé en 1852, nous a été confirmé par M. Giraldès : mais afin d'asseoir plus solidement encore notre opinion, nous venons d'en faire de nouvelles, et nous avons examiné comparativement des poignets d'adulte et de jeunes enfants. Il nous a été impossible de rencontrer les cryptes synovipares, même avec une très-forte loupe, sur quatre poignets de très-jeunes enfants; sur deux poignets d'adulte (25 à 28 ans), pris sur le même sujet, nous n'avons pas pu non plus en apercevoir sur le poignet gauche; mais sur le poignet droit nous en avons rencontré deux, l'un situé en arrière du scaphoïde et du volume de la tête d'une très-petite épingle; l'autre plus interne n'apparaissait que comme une simple éraillure. L'examen de ces articulations a été fait par la face interne, après une macération de douze heures dans l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique, afin d'en détacher l'épithélium.

M. Gosselin, dans son remarquable mémoire, a conclu de recherches faites sur des chevaux, à l'existence des cryptes synoviaux chez tous les animaux; c'est très-probable; mais il eût fallu remarquer qu'on les rencontre surtout chez les vieux chevaux, principalement sur les vieux chevaux de trait, et aux membres postérieurs.

On peut déjà pressentir que nous regardons les cryptes comme des hernies synoviales, survenant à la suite de l'exercice physiologique prolongé des articulations, ou de violences auxquelles elles ont été soumises. On s'étonnera peut-être de les voir se développer au-dessous des ligaments articulaires et surtout du côté où l'articulation se fléchit davantage; sur le col de l'astragale, au cou-de-pied; dans le creux du jarret; sur la partie antérieure du col du fémur; à la partie antérieure de l'articulation radio-cubitale au coude; derrière le scaphoïde au poignet. L'explication de ce fait nous paraît facile : il résulte des recherches de M. Velpeau sur les cavités closes de l'économie, une idée

à peu près généralement adoptée; c'est que les membranes qui les tapissent ne doivent leur formation qu'aux actions mécaniques de froissement, de pression, de glissement exercées sur le tissu cellulaire séreux, interposé aux parties en rapport. En se rangeant à cette manière de voir, on admettra nécessairement que la texture de ces surfaces synoviales est d'autant moins serré qu'on s'éloigne davantage de la surface libre, et que cette surface venant à céder ou à éclater dans quelque point, pourra permettre au liquide contenu de s'épancher dans les mailles moins denses, comprises entre elle et les ligaments, ou d'y former un sac.

Ce phénomène pourra se produire, non-seulement dans l'extension de la capsule synoviale, mais encore dans la flexion passive des articulations, lorsque la capsule repliée, *chiffonnée*, comme le dit M. Velpeau, sera pincée en quelque sorte entre deux extrémités osseuses.

Ces considérations nous paraissent suffisamment expliquer pourquoi le siége de ces cryptes est à peu près constant, et pourquoi au poignet on les rencontre en arrière du scaphoïde, où se trouve une sorte de fosse dans laquelle vient s'engager le bord postérieur tranchant de l'extrémité inférieure du radius. On sait aussi que toutes les synoviales ont un *moment de tension normale*, pendant lequel elles offrent la plus grande capacité, et en dehors duquel elles éprouvent, soit dans la flexion, soit dans l'extension des membres, une pression de dehors en dedans; ces faits, mis en lumière par les expériences de MM. Parise et Bonnet, de Lyon, peuvent encore servir à faire prévaloir notre opinion, sans avoir recours aux explications données par MM. Velpeau, Bégin, Vidal, dans leurs écrits; à une hydropisie préalable.

Quant aux phénomènes analogues qui se produisent sur les bourses synoviales tendineuses des doigts, plus adhérentes aux gaînes fibreuses que les synoviales articulaires

aux ligaments et aux aponévroses, nous n'hésitons pas à leur donner la même explication, en raison des mouvements de flexion très-étendus des phalanges, de la mise en jeu presque incessante de la main et des doigts, des pressions multiples et variées que subit nécessairement à sa face palmaire l'organe du toucher et de la préhension.

Hâtons-nous cependant de le reconnaître, les ganglions sont de beaucoup plus fréquents autour des articulations du poignet que sur les gaînes tendineuses. Les frères Weber et M. Velpeau avaient signalé ce qu'ils ont appelé des franges synoviales, et tout le monde connaît la disposition de celles du genou; or les kystes synoviaux sont rares au genou et la plupart des ganglions qu'on y rencontre se développent dans les bourses synoviales sous-musculaires ou intermédiaires aux os et aux tendons.

Cette remarque nous confirme dans notre opinion, que la disposition anatomique du poignet, à sa face dorsale, ses mouvements constants et les efforts multipliés auxquels il est exposé, sont la cause de cette prédilection marquée.

La fonction physiologique dévolue à ces cryptes serait de multiplier les surfaces de sécrétion; c'est là une idée fort ingénieuse de M. Gosselin et qui milite plus en faveur de son opinion que les dissections des adeptes de la nouvelle doctrine, dont les raisons sont loin d'avoir la portée scientifique de cette dernière.

L'évolution de ces hernies ayant lieu dans le tissu sous-synovial nous semble aussi facile à comprendre que celle des follicules synovipares; l'ouverture de communication toujours linéaire, comme l'a constaté aussi M. Foucher (*Gaz. hebd.*, 1855), me paraît être plus en rapport avec une cause accidentelle du diverticule qu'avec une disposition normale; elle paraît résulter de l'écartement d'un tissu fibreux et non constituer l'orifice d'un follicule; du reste, ce pertuis linéaire nous paraît ménagé peu favora-

blement par la nature pour assurer aux articulations une plus large surface de sécrétion.

L'étranglement de cette sorte de collet en rapproche en effet les parois, et il doit suffire de la plus légère inflammation survenant dans le diverticule, pour oblitérer l'orifice de communication avec la synoviale articulaire ou tendineuse : la fonction physiologique se trouve alors réduite à néant et le kyste synovial constitué.

Des Bourses muqueuses.

Après nous être occupé des bourses synoviales et des synoviales articulaires dans les modifications qu'elles subissent par l'exercice et avec l'âge, nous signalerons à la main et au poignet la présence de bourses muqueuses très-nombreuses à l'état normal, et dont le nombre peut encore s'accroître par l'exercice de certaines professions. Bourgery a signalé une bourse muqueuse stylo-radiale, et une bourse muqueuse stylo-cubitale. M. Velpeau a démontré qu'il existait cinq bourses muqueuses à la face palmaire de la main, vis-à-vis des articulations métacarpo-phalangiennes, et il en a compté quatorze sur la face dorsale. Ces bourses muqueuses donnent rarement lieu à des kystes, et le seul exemple que nous connaissions, présenté par M. Foucher à la Société anatomique, ne nous paraît pas appartenir d'une manière incontestable à la classe des hygromas. « Ce kyste arrondi, siégeant au niveau de l'arti-
» culation de la première phalange avec la deuxième du
» doigt médius, était situé entre la peau et le tendon ex-
» tenseur, diminuait pendant la flexion et semblait aug-
» menter, devenait plus dur et turgide dans l'extension;
» néanmoins il ne communiquait nullement avec l'articu-
» lation. » (*Gazette hebdomadaire*, 1855.)

Histologie.

Quant à la structure intime des synoviales tendineuses, nous laisserons parler M. Michon, en faisant remarquer que M. Ch. Robin a bien voulu nous assurer qu'il n'avait pas changé d'opinion depuis sa communication à M. Michon. (Thèse de concours. Paris, 1851.)

« Quelle est la structure intime de ces sortes de synoviales? sont-elles ou ne sont-elles pas pourvues d'épithélium?

» La connaissance de ce fait est, pour l'anatomo-pathologiste, du plus haut intérêt, à cause de la comparaison qu'il doit toujours faire des produits pathologiques avec l'état normal. M. Robin et M. Lebert ont bien voulu nous aider dans cette recherche. Le résultat certain auquel nous sommes arrivés est celui-ci : La paroi des membranes synoviales tendineuses est, comme on devait s'y attendre, fibroïde, composée de tissu cellullaire condensé; de plus, et c'est un point important, leur paroi interne est tapissé d'un épithélium pavimenteux.

» Cet épithélium, qu'Henle et Kœlliker ont les premiers démontré, nous l'avons trouvé aussi bien sur le feuillet pariétal que sur le feuillet viscéral dans les points où le tendon semble complétement isolé de la cavité synoviale, comme dans la bourse carpienne interne, ce qui est une preuve de la continuité de la membrane sur les tendons qui traversent la bourse. »

Anatomie pathologique.

Les espérances que faisait entrevoir ce passage ne se sont pas complétement réalisées, et c'est à grand'peine que nous avons pu réunir des cas où l'anatomie pathologique de

ces tumeurs enkystées et des kystes qui font le sujet de notre thèse ait été poursuivie. Tous les chirurgiens y admettent la possibilité de transformations ou de dégénérescences, et tous ceux que nous avons interrogés sur ce sujet ont été fort empêchés de nous donner des renseignements complets et satisfaisants.

L'anatomie pathologique du ganglion a été faite en partie par la description que nous avons donnée de leur formation ; la poche qui les constitue a la même structure que la synoviale articulaire ; on y retrouve le même épithélium pavimenteux à la partie interne ; l'enveloppe fibreuse est souvent plus dure que celle de la synoviale, et rendue plus épaisse par les pressions, les frottements, l'addition du tissu cellulaire environnant. Quelquefois au contraire les parois s'amincissent, au point de se rompre sous le moindre effort ; ils sont dans ce cas mous et franchement fluctuants, mais en général durs, tendus, élastiques, résistants.

La poche qui constitue les kystes ne reste pas au-dessous des ligaments, entre eux et la synoviale ; elle passe à travers quelque éraillure du tissu fibreux péri-articulaire, ou des gaînes tendineuses, soit à la longue, soit immédiatement, et on la trouve quelquefois isolée, quelquefois communiquant encore avec la synoviale qui lui a donné naissance ; cette poche peut être dilatée comme le prouve le fait décrit par M. Cruveilher (*Anat. Pathol.*, t. III, p. 461), et l'étranglement avoir lieu soit par le fait des tendons voisins, soit par celui des tissus fibreux, dont l'écartement peut, quelquefois, permettre au kyste de rentrer dans le tissu sous-synovial et faire croire à une réduction par communication persistante avec l'intérieur de la capsule.

Le liquide qu'ils contiennent n'est jamais très-fluide ; il file comme de la glaire d'œuf, et présente toute l'apparence de la synovie ; ou bien il sort difficilement comme du miel,

de la gélatine ou de la gelée de pomme ; Aston-Key lui trouve une consistance analogue à celle du cristallin : on y rencontre rarement des corps riziformes, comme dans les gaînes synoviales des tendons. Lorsqu'ils ont été soumis à des violences, ou que depuis un certain temps une inflammation légère s'en est emparée, le liquide contient quelques grumeaux de pus, et devient plus séreux.

Ils n'adhèrent pas aux téguments non plus qu'aux parties sous-jacentes, sinon par un seul point, le pédicule dont nous avons déjà parlé ; mais ils déplacent les parties voisines, sans cependant occasionner de grande gêne : on en voit un très-bel exemple sur une pièce conservée au musée Dupuytren, sous le n° 578.

M. Maisonneuve a présenté à la Société de chirurgie, 1er octobre 1845, un kyste synovial développé sur la face palmaire de l'indicateur, qui n'offrait aucune trace de pédicule et séparé par un tissu cellulaire assez lâche de la gaîne du tendon. Ce fait pourrait militer en faveur de l'opinion de Girard (*Lupiologie* 1775) qui pense que le ganglion se développe, « dans une cellule du tissu folliculeux, qui sépare » les tendons des os. » ; de Boyer et de Eller (*Mém. Ac. des Sciences de Berlin*, 1746) qui professent la même manière de voir.

Les tumeurs enkystés des gaînes synoviales tendineuses, présentent, de plus que les véritables kystes, à considérer de petits corps singuliers, qui depuis trente ans, ont provoqué des explications différentes parmi les chirurgiens.

Laënnec, dans son mémoire sur les *vers vésiculaires*, semble avoir le premier décrit le kyste hydatique du poignet. Dès 1805, il publiait un fait intéressant, qu'il citait comme un exemple de variété rare d'Acéphalocystes qu'on pourrait, dit-il, désigner sous le nom d'*acephalocystis plana*.

Dupuytren, malgré l'avis contraire de Bosc et de M. Duméril, les considérait comme des hydatides ; Raspail les

désignait sous le nom de corps *ovuligères*, et leur accordait une certaine vitalité.

Ces manières de voir sont depuis longtemps abandonnées. M. Cruveilher les considère comme un produit de sécrétion ; Brodie comme des grumeaux de lymphe coagulable : opinions très-voisines l'une de l'autre.

L'opinion émise par M. Velpeau, sur ces corps, dans le *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., à savoir que ce sont « des concrétions d'albumine, de lymphe plastique, de fi- » brine et même de pus, est encore celle qu'il professe au- » jourd'hui (*Clinique de la Charité*, 1er mars 1856). Quand » dans les cavités synoviales, il se fait, dit ce professeur, un » épanchement de sang ou de synovie, ce dernier liquide » contient de la matière coagulable et du sérum, le premier » contient en plus de la matière colorante qui disparaît ra- » pidement. La matière coagulable reste alors dans une » sorte d'hydrocèle, et si la partie est sujette à des mouve- » ments répétés, cette matière coagulable pourra se mor- » celer indéfiniment, de manière à produire ces corpuscules. » La démonstration de ce fait est vulgaire... »

(Observ. par M. Lhonneur).

Rokitansky (*Anat. pathologique*, t. 1, p. 335. Vienne, 1844) « considère les corps riziformes que l'on rencontre » dans les synoviales, comme un tissu fibroïde. — La cap- » sule synoviale étant élargie, dit-il, s'épaissit, se recouvre » à l'intérieur de villosités de diverses longueurs, blanches, » feutrées, simples ou isolées, rondes ou plates, disposées » en lambeaux ou en houppes, pédiculées ou supportées par » une large base. »

Cette opinion est partagée par un certain nombre d'observateurs, et s'accorde avec les résultats de quelques dissections. M. Michon rapporte deux examens de ces kystes, qu'il doit à l'obligeance de MM. Lenoir et Froment, et qui sont trop importantes pour ne pas trouver place ici.

Description de la pièce de M. Lenoir.

« La portion du kyste que nous avons sous les yeux est du volume d'une grosse noix ; elle présente à la surface extérieure des filaments, des lambeaux de tissu cellulaire qui la fixaient aux parties voisines.

Lorsque l'on incise la paroi, on peut constater qu'elle est épaisse de 4 à 5 millimètres environ, qu'elle a la consistance du tissu fibreux, mais qu'elle est plus dense et d'un grain plus homogène. Ouverte dans son plus grand diamètre, elle offre une surface interne, lisse dans une partie de son étendue, et présentant dans les autres points un aspect variable que nous devons étudier.

Dans certains endroits, en effet, cette surface est comme chagrinée ; un peu plus loin, elle revêt l'apparence de véritables franges, dont quelques-unes sont allongées et comme pédiculées, et toujours réunies en groupes.

Enfin, sur d'autres points, ces franges se changent insensiblement en petits corps blanchâtres, tenant à la paroi à laquelle elles semblent appendues.

Ces petits corps blanchâtres ont beaucoup d'analogie avec d'autres corps de même couleur et de même nature, mais entièrement libres dans le liquide qui était contenu dans la tumeur. Ils présentent de grandes variétés de volume et de forme. Ils varient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un petit haricot ; la plupart ressemblent exactement à des grains de riz. Les uns sont arrondis, quelques-uns allongés, d'autres triangulaires ou réniformes, tous semblent aplatis. Quant on les coupe en deux, il est facile de constater que les plus gros sont composés d'une paroi plus ou moins épaisse et d'une cavité. Les plus petits ne présentent pas de cavité, mais la coupe permet de recon-

naître à leur intérieur une substance plus grise, plus transparente, plus granuleuse que celle qui forme l'enveloppe. En agissant sur le contenu avec une aiguille fine, on parvient sans beaucoup de peine à le séparer de la couche plus dense qui l'environne. »

Pièce de M. Froment.

« Cette pièce se rapporte à une forme de tumeur sur laquelle nous avons insisté.

Nous avons vu en effet qu'il existait certaines tumeurs hydatiformes analogues à celles du poignet, et siégeant sur la limite du métacarpe et de la première phalange de certains doigts, notamment du médius et de l'annulaire. Nous avons rapporté les observations de Dupuytren, de Lisfranc et de M. Nélaton. La pièce de M. Froment semble calquée sur ces dernières, au moins pour l'apparence extérieure. Elle complète nécessairement leur histoire.

Il s'agit en effet d'une tumeur synoviale du doigt médius. Cette tumeur fusiforme apparaît à la face palmaire de la main qui a été dépouillée de la peau. Elle est située dans la gaîne synoviale des tendons du médius. Sa longueur totale est de 7 centimètres ; elle s'étend depuis l'extrémité supérieure de la seconde phalange, où un rétrécissement extérieur semble indiquer qu'elle se termine en cul-de-sac, jusqu'à la partie supérieure du troisième métacarpien, où elle se termine également en cul-de-sac ; au-dessus on retrouve le paquet des tendons fléchisseurs qui semblent émerger de la tumeur. La circonférence du doigt au niveau de l'articulation métarcarpo-phalangienne est de 9 centimètres. Ce point correspond à la partie la plus saillante de la tumeur. Le fuseau qu'elle représente est interrompu en quatre endroits différents par des rainures ou

sillons profonds laissant entre eux des bosselures qui présentent quelque chose d'analogue à l'aspect du gros intestin insufflé.

La tumeur ayant été ouverte dans toute sa longueur, nous avons constaté les phénomènes suivants : Il y a deux poches bien distinctes, une digitale et une métacarpienne. Elles sont séparées l'une de l'autre au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne par une cloison transversale assez épaisse.

La poche métacarpienne remonte jusqu'à la partie moyenne du métacarpe ; elle siége sous l'aponévrose, est complétement vide, à parois lisses, peu épaisses. Elle est exclusivement située dans la gaîne du fléchisseur sublime, qui, au métacarpe, est distincte de celle du fléchisseur profond.

La seconde poche fait saillie au-devant de la première phalange ; elle est très-bornée superficiellement, et ne présente qu'un centimètre d'étendue depuis la cloison qui la sépare de la poche précédente jusqu'à sa terminaison, qui se fait par un épaississement brusque de sa paroi devenue adhérente au tendon superficiel. Dans l'intervalle, la paroi est très-mince et correspond au plus considérable des plis extérieurs que nous avons signalés. En haut, en bas, au niveau de la cloison et de l'épaississement de la paroi que nous venons de noter, la coupe présente une apparence fibreuse, consistante et très-homogène. En arrière, la cavité se contourne autour des deux tendons, et, arrivée sous le tendon profond, se prolonge en bas jusqu'à l'articulation de la première phalange avec la seconde, en haut jusqu'au tiers supérieur du métacarpe. En ce point, elle correspond exclusivement à la gaîne du fléchisseur profond et se trouve en rapport avec la poche métacarpienne plus superficielle, que nous avons décrite, mais avec laquelle elle ne communique pas.

La pièce ayant été conservée quelque temps dans l'alcool, les poches ne contenaient plus de liquide; mais dans la cavité digitale et dans ses prolongements on trouve une quantité assez considérable de petits corps blanchâtres, libres, semblables à ceux que l'on rencontre dans les kystes de la bourse carpienne, toutefois plus petits et sans cavité dans leur intérieur.

La paroi de ce kyste est lisse dans une grande étendue, mais dans quelques points elle présente des franges de diverses grandeurs, et dont les plus allongées sont de véritables corps blancs prêts à se séparer. Il serait difficile d'établir s'il a existé une cavité unique dans le principe, qui, depuis, s'est divisée en deux par une cloison, ou si les deux kystes se sont développés simultanément sous l'influence d'une même cause. Cette dernière opinion est plus vraisemblable et plus en rapport avec les données anatomiques; nous avons constaté en effet l'existence d'une gaîne commune au doigt, se bifurquant au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, mais présentant en ce point un rétrécissement plus ou moins complet, qui est bien évidemment ici l'origine de la cloison de séparation qui existe entre le kyste métacarpien superficiel et le kyste digital et métacarpien profond.

Voici maintenant les résultats de l'étude microscopique qui a été faite principalement sur la première pièce : 1° *Parois du kyste.* Sa face interne est tapissée par des cellules d'épithélium pavimenteux que l'on retrouve dans tous les points lisses et unis, mais qui n'existe pas au niveau des franges et des productions saillantes que nous avons signalées. Ces cellules ont un noyau assez petit et qui manque quelquefois. Elles sont un peu déformées; quelques-unes même sont ratatinées, comme repliées. Leurs angles sont plus arrondis et leur contour moins régulièrement polyédrique qu'à l'état normal.

La substance qui compose la paroi elle-même est constituée : 1° Par les éléments fibro-plastiques des trois variétés, savoir : des noyaux libres, des cellules sphériques ou ovoïdes, des corps fusiformes ; 2° Par quelques fibres de tissu cellulaire rares et éparses ; 3° Par de la matière amorphe unissante parsemée de granulations moléculaires. C'est, de tous les éléments que nous venons de nommer, celui qui forme la plus grande masse dans la structure de la paroi du kyste. Elle emprisonne et maintient réunis les autres éléments, et par sa densité rend leur préparation difficile. Les granulations moléculaires qu'elle renferme sont en assez grand nombre, à contour noirâtre opaque, à centre brillant. Ce sont elles qui rendent la masse de la substance peu transparente et difficile à observer.

On voit aussi dans la figure annexée à la thèse, de quelle manière sont distribués les noyaux fibro-plastiques au milieu de la substance amorphe. L'aspect fibroïde que l'on aperçoit en certains endroits tient aux fibres éparses du tissu cellulaire et aux éléments fusiformes fibro-plastiques.

Il arrive quelquefois que, par dilacération du tissu, l'on entraîne quelques noyaux fibro-plastiques qui restent entourés d'une portion assez étendue de matière amorphe. L'irrégularité des contours et les variations de volume empêchent de confondre ces corps accidentels dus à la préparation avec les cellules fibro-plastiques.

Les végétations qui adhèrent à la face interne du kyste nous offrent, quand elles sont assez volumineuses, une différence entre leur surface et leur intérieur. La surface offre un degré d'organisation plus marqué, et peut être considérée comme une paroi ; on rencontre dans cette paroi de la matière amorphe parsemée de granulations moléculaires. Par place, cette matière est d'aspect fibroïde, sans

qu'on puisse isoler de fibres ni d'éléments fibro-plastiques. Elle renferme cependant quelques noyaux fibro-plastiques épars.

La substance centrale des végétations de la paroi est entièrement constituée par de la matière amorphe remplie de granulations moléculaires qui, çà et là, plus nombreuses, plus agglomérées, donnent aux fragments de cette substance un aspect floconneux.

Les grains, qui sont complétement libres dans la cavité, présentent sous le microscope, tant dans leur paroi que dans leur contenu, absolument la même composition que les végétations adhérentes à la face interne du kyste que nous venons d'étudier. »

MM. Kühn (*Gaz. méd.*, 1830), Chassaignac (Bull. Société anat., 1845), W. Coulson (The half-yearly Abstract of the medical sciences 1851), Michon (*Thèse de concours*) ont signalé que quelques-uns de ces petits corps présentaient une cavité centrale.

Hyrtl (*medicinische Jahrbücher des Osterreichischen Staates*, t. XXIX) rapporte, avec détails, la dissection d'une tumeur kystique tendineuse de la face palmaire de la main et du poignet qu'il observa chez une vieille femme, et qui présentait tous les caractères d'une tumeur en bissac ; nous donnons l'analyse de sa description :

Après avoir divisé la peau et le ligament transverse du carpe, on vit à découvert la poche séreuse qui enveloppe la masse des tendons fléchisseurs sous le ligament du poignet, et l'on reconnut que là était le siége du mal. La poche s'était développée au point d'atteindre la grosseur d'un œuf d'oie ; sa membrane fibreuse était remarquablement épaissie sans adhérences avec les parties voisines. Les quatre tendons du fléchisseur superficiel étaient libres dans leur gaîne, recouverts chacun par l'épanchement du liquide séreux et transparent contenu dans le sac. Le tendon du fléchisseur

profond du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire avaient une seule gaîne commune qui, partant de la paroi supérieure du sac, figurait un pli longitudinal et se terminait sur les tendons ci-dessus, comme le mésentère sur l'intestin. Le tendon du long fléchisseur du pouce avait une enveloppe isolée pour lui seul. Les tendons du fléchisseur superficiel étaient réduits, par leur séjour dans le sac, à la moitié, à peine, de leur calibre normal. A leur entrée et à leur sortie du sac, ils étaient médiocrement tuméfiés. Ils avaient perdu leur poli et leur éclat ; leur enveloppe séreuse était mobile, et, dans certains endroits, particulièrement ceux qui avaient supporté un frottement plus considérable, elle avait un aspect villeux.

Les intervalles qui séparaient le tendon de la surface interne du sac renfermaient 117 corpuscules libres, de couleur jaunâtre, de consistance molle et variant de volume. Les plus gros ressemblaient à des pepins de citron, les plus petits à de la graine de chanvre. Ils étaient, pour la plupart, aplatis, demi-transparents, d'un poli un peu terne.

Quelques-uns d'entre eux avaient de courts appendices à leur extrémité la plus aiguë ; un petit nombre avaient une forme sphérique. La structure de la surface interne du sac enseigne le mode de formation jusqu'ici problématique de ces corpuscules. Entre la tunique interne et la tunique externe de la poche du sac il y avait par-ci par-là de petites nodosités amassées qui s'appuyaient sur la face interne de la tunique intérieure de ce sac et lui donnaient un aspect glanduleux ou verruqueux. Quelques-unes de ces nodosités avaient déjà tellement attiré en dedans la tunique interne du sac qu'elles semblaient comme suspendues dans de petites poches dont le col se retrécissait dans certains cas au point que ces poches étaient suspendues par un pédicule de la finesse d'un cheveu ; leur isolement finissait par donner

une existence indépendante à ces petits amasde tissu cellulaire.

Dans les endroits du sac qui correspondaient à l'intervalle des tendons fléchisseurs on pouvait constater la formation de ces corpuscules, à toutes les périodes.

Tous les corpuscules garnis de pédicules comme ceux qui adhéraient directement à la paroi interne du sac étaient petits.

Les plus gros étaient comme une graine de chanvre, pendant que quelques-uns de ceux qui étaient isolés avaient la grosseur d'un grain de café. Cette circonstance remarquable nous a fait admettre nécessairement une nutrition persistante ou plutôt une hypertrophie.

Les études microscopiques donnèrent les résultats suivants : le grain des corps libres comme celui des corps pédiculés présentait, outre les éléments ordinaires du tissu cellulaire, des poches graisseuses très-apparentes et renfermant une substance grumeleuse et concrète. L'enveloppe de cette substance était ratatinée, plissée, difficile à écraser ; le contenu graisseux était épaissi, d'une transparence matte et jaunâtre, figurant des fragments de filaments primitifs du tissu cellulaire accouplés par touffes, éparpillés sans règle et sans ordre, frangés, atrophiés et sans contour régulier.

Cette circonstance que même, dans des articulations entièrement saines, les molécules graisseuses du tissu cellulaire sous-séreux produisent dans les poches synoviales des corps renfermés dans des enveloppes spéciales, corps tantôt petits et fixes (glandules spéciales de Clopton Havers) et se présentant au pourtour de la capsule séreuse articulaire ; tantôt larges, fortement saillants, remplissant les espaces qui restent vacants autour des surfaces articulaires des os mobiles, cette circonstance rendra plus admissible la formation de ces corps libres extra-capsulaires. Autour du noyau se trouvait une enveloppe plus ou moins épaisse de cellules

épithéliales anguleuses avec un noyau excentrique et des *nucléoles* de forme pointillée ; elle était gorgée de liquide, gonflée, très-adhérente et pour cette raison anguleuse.

La formation de l'épithélium par apposition ou amas de tissu cellulaire explique la possibilité de l'accroissement continu dans les corps libres et entièrement détachés de la poche.

Aussitôt sortis du sac, les tendons redevenaient plus forts et reprenaient leur structure normale. Arrivés à l'articulation métacarpo-phalangienne, les tendons du fléchisseur profond et du fléchisseur superficiel du petit doigt et de l'annulaire étaient confondus et formaient une seule corde cylindrique adhérente elle-même à toute la surface interne des gaînes et des ligaments annulaires des doigts. Ces deux doigts étaient dans la flexion permanente et par conséquent ne pouvaient en aucune façon être redressés. L'épaississement et la mobilité des parois de la poche synoviale faisaient supposer un état d'irritation et de congestion qui pouvait avoir été produit par des efforts violents et subits ou par des agents mécaniques externes. »

Il semblerait donc et nous sommes porté à l'admettre que c'est à ces modifications particulières de la poche kystique, que sont dus les corpuscules riziformes ; c'est aussi l'opinion qui paraît la plus rationnelle à M. le docteur Bauchet dans son *Histoire anatomo-pathologique des kystes* (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, — 16 décembre 1856).

Altérations diverses.

C'est là, pour ainsi dire, l'anatomie pathologique normale des kystes du poignet et de la main ; mais là ne doivent pas se borner les recherches : participant de la nature des synoviales, il était tout naturel de penser qu'ils

devaient participer de leurs affections, et quelques aperçus, sans application immédiate, et surtout sans observations ont fait supposer qu'ils pouvaient présenter des altérations analogues à celles qui ont été décrites par M. Deville sous le nom d'arthrites sèches. Aucun fait ne le prouve jusqu'aujourd'hui. Mais d'autres observations, rares il est vrai, montrent jusqu'à l'évidence que des transformations ou des dégénérescences de diverses natures, peuvent y prendre naissance : c'est surtout la dégénérescence fongoïde qui a été remarquée ; que les tystes soient restés intacts jusqu'à l'opération ou qu'ils aient été ouverts par le chirurgien ou spontanément. L'influence de ces altérations retentit alors sur les parties environnantes et provoque des désordres graves et de longue durée, comme le prouvent les observations suivantes :

Altérations des gaînes fibreuses. — Le nommé Domergue, soldat au 3e bataillon de chasseurs à pied, entra dans mon service au Val-de-Grâce au mois d'avril 1856 : cet homme a tous les caractères d'un tempérament lymphatique.

Il me montra derrière la malléole interne au pied droit, une tumeur du volume d'une grosse noix, oblongue, médiocrement dure, sans fluctuation manifeste, sans changement de couleur à la peau, indolente, qui s'était développée peu à peu sur le trajet du tendon du jambier postérieur : il ne s'était aperçu de cette *bosse*, que parce qu'elle avait fini par le gêner dans ses guêtres, et il ne put me fournir aucune donnée sur les antécédents.

Je fis appliquer sur cette tumeur une série de vésicatoires qui n'eurent d'autre effet que d'amener son ramollissement, et un jour que je l'explorais, la peau amincie céda, et laissa s'écouler un liquide onctueux comme la synovie. J'agrandis l'ouverture spontanée, et explorant avec le doigt l'intérieur de la tumeur, je trouvai un kyste à parois parfaitement lisses.

Malgré les pansements les plus méthodiques, et des injections de toute nature, je ne pus obtenir qu'il se refermât : la peau des environs prit une teinte livide, les tissus s'épaissirent, s'endurcirent; des fistules s'établirent, furent incisées, cautérisées; rien n'y fit.

Enfin, après six mois, un peu de mieux se manifesta, et la plaie se réduisit à un ulcère de la dimension d'une pièce de 50 cent. ; mais en même temps deux tumeurs analogues à celle du pied, s'étaient développées le long des tendons, des deux bords de l'avant-bras droit ; elles suivirent la même marche et donnèrent lieu aux mêmes accidents que la première : ni les unes ni les autres ne sont guéries, et le malade, dont la constitution s'est altérée par son séjour prolongé à l'hôpital où il est toujours, porte encore au poignet aussi bien que derrière et au-dessous de la malléole, des ulcérations, saignant facilement, sur une peau livide, amincie dans quelques endroits, épaissie dans d'autres, reposant sur des tissus indurés, se prolongeant dans la direction des tendons.

Nous pensons que c'est là un exemple, sinon de transformation fongueuse de kystes synoviaux, au moins d'altération analogue des gaînes tendineuses et des tissus fibreux voisins. Ces faits ne sont pas précisément rares dans les cas où les kystes ont été ouverts; ils peuvent se présenter encore dans les cas où le kyste est intact, et du côté de sa face interne.

Des gaînes synoviales. — M. Nélaton a vu à Saint-Louis en 1850, un jeune enfant, porteur d'une tumeur fluctuante, sur la face palmaire de l'indicateur. Il crut à un kyste synovial, ponctionna la tumeur, et la trouvant solide, en fit l'ablation.

La gaîne synoviale était remplie d'une matière mollasse, d'un gris rosé, et à laquelle M. Nélaton ne voit pas d'autre nom à donner, que celui de fongosités, sans rien

préjuger sur leur nature. (Communication verbale.)

M. Atlee (Nélaton's clinical lectures, Philadelphie, 1855) rapporte l'histoire d'une jeune fille, portant depuis trois ans sur la face palmaire du médius de la main droite une tumeur dont le début s'accompagna de quelques symptômes inflammatoires. La première phalange était intacte ainsi que la troisième; la deuxième est plus volumineuse qu'à l'état normal et présente une tumeur cylindrique, à la surface de laquelle on constate deux indurations. Sa limitation était remarquable; elle ressemblait à un second doigt surajouté au premier.

Le chirurgien diagnostiqua une affection de l'os, avec inflammation consécutive de la gaîne synoviale et développement de fongosités. Le doigt fut amputé et le tendon recouvert de fongosités fut excisé.

La dissection fit voir que la phalange était le siége d'un gonflement peu volumineux, et que l'os était dénudé dans une petite étendue sur sa face palmaire voisine de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange; du tissu encéphaloïde avait envahi la tunique fibreuse, et des fongosités s'étaient développées dans la synoviale.

M. Atlee fait observer que cette forme de tumeur n'a jamais été décrite.

Ces faits nous amènent à nous demander si l'on n'a jamais rencontré de tumeurs de nature maligne développées à l'occasion des kystes du poignet et de la main; les documents nécessaires à la solution de cette question manquent, et les chirurgiens, probablement dans le doute, n'ont rien dit à ce sujet. Nous rapporterons, en parlant du diagnostic différentiel, l'histoire de certaines tumeurs que nous n'avons pas cru devoir donner ici, parce que l'inspection anatomique n'a point éclairé leur nature.

Platner (*Instit. chirurg.*, de ganglion.) rapporte l'histoire d'un ganglion qui occupait le tendon d'Achille, et amena la

mort du malade par son changement en un *cancer horrible.* « Tout l'intérieur de la tumeur se fondit, se pourrit, s'ex- » cava; les bords et le contour s'accrurent au point de cou- » vrir la partie antérieure de la jambe. »

(*Séance du* 27 *février* 1856). M. H. Larrey a présenté à la Société de chirurgie un pianiste portant une tumeur volumineuse de l'avant-bras, l'enveloppant comme d'un manchon, laissant parfaitement libres les mouvements des doigts. Cette tumeur, dont le siége et la nature furent diversement diagnostiqués, et nécessita l'amputation de l'avant-bras, fut jugée de nature cancéreuse, et avait eu pour point de départ présumé un kyste synovial de la face dorsale du poignet.

Le défaut de précision dans cette étiologie, pour laquelle on a dû s'en rapporter au dire du malade, nous interdit de rapporter l'observation tout entière; il résulte néanmoins de sa lecture, que le chirurgien est « *porté à croire* qu'il a » existé primitivement un kyste synovial de la région dor- » sale du poignet, entretenu et augmenté progressivement » par l'exercice habituel du piano. » L'examen de la tumeur fit constater un kyste osseux multiloculaire de l'extrémité inférieure du radius; ce produit pathologique examiné au microscope par M. Ch. Robin n'a offert nulle trace d'élément cancéreux.

Ces deux faits, malgré l'autorité des chirurgiens qui les rapportent ne nous paraissent pas très-probants; celui de Platner nous semble avoir été dès l'origine une tumeur encéphaloïde, parcourant successivement ses diverses périodes; et celui de M. Larrey, que l'inspection anatomique a démontré être un kyste osseux du radius, n'a pas besoin, pour être expliqué, de la supposition d'un kyste synovial comme point de départ.

Du contenu. — Ces diverses observations, dont nous n'avons donné que l'analyse, ont trait principalement à des

altérations des enveloppes elles-mêmes; mais nous allons voir que le contenu des tumeurs, soit liquide, soit corpuscules hordéiformes, peut subir aussi des transformations amenées très-probablement par les modifications morbides des parois.

Le fait unique qui le prouve d'une manière incontestable ayant été démontré par la dissection, nous le rapporterons dans tous ses détails. (*Bulletin de la Société anatom.*, 1851, p. 210.)

Dans la séance du 7 juillet, M. Deville a présenté une *lésion chronique des bourses séreuses de la paume de la main*, avec corps étrangers dans une partie de leur étendue. Voici comment il la décrit :

« Ce fait assez remarquable dans lequel nous assistons à la transformation d'une tumeur liquide avec corps étrangers, en une tumeur solide du genre de celles qu'on a nommées fongueuses, a été observé sur la main d'un jeune sujet servant dans les pavillons de l'École pratique aux répétitions des manœuvres opératoires.

» En désarticulant simultanément le petit doigt avec le cinquième métacarpien, on constata la présence d'une tumeur profonde de la région palmaire, tumeur mise immédiatement à découvert sans être blessée, par l'enlèvement du cinquième métacarpien, sur la face antérieure duquel elle reposait exactement, et ayant les caractères extérieurs d'un ganglion tendineux.

» Cette tumeur a attiré notre attention plus spécialement sur la main, et alors nous avons remarqué à la face antérieure du poignet l'existence d'une tumeur en bissac que nous avons étudiée avec soin, puis disséquée.

» Il y avait sur la face antérieure du poignet une tumeur étranglée en forme de sablier au niveau du ligament antérieur du carpe. La partie supérieure globuleuse s'étalait au bas de l'avant-bras, au-dessus du ligament, dans une

étendue d'environ deux centimètres. La partie moyenne étranglée passait derrière le ligament du carpe qu'elle soulevait sensiblement. La partie inférieure profondément placée dans la paume de la main paraissait bien plus volumineuse que la supérieure et ne pouvait guère être limitée par la palpation ; elle soulevait toute la région palmaire moyenne dont elle avait presque complétement effacé la concavité. Toute la tumeur était d'une mollesse élastique ; on ne faisait rien refluer par la pression du renflement supérieur dans le renflement inférieur ; réciproquement la pression exercée sur l'un des deux l'affaissait, l'aplatissait notablement sur place, et dès qu'on la cessait, le renflement affaissé, aplati, reprenait de suite ses dimensions. Pas de fluctuation dans toute l'étendue.

» A la dissection, la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose sont sains dans toute leur étendue, et sans adhérence avec la tumeur.

» L'incision portant sur ces trois couches et sur le ligament annulaire met à découvert la tumeur ; au premier abord on croirait que tous les tendons fléchisseurs sont compris dans son épaisseur. Mais avec un peu d'attention on parvient à séparer la tumeur en deux parties parallèles, descendant de haut en bas, dont l'une interne englobe dans son intérieur les deux tendons de l'annulaire et le tendon du fléchisseur profond du petit doigt, tandis que l'autre externe contient les deux tendons de l'indicateur et le tendon du fléchisseur profond du médius. Le tendon du fléchisseur superficiel du petit doigt refoulé par la tumeur interne, va se perdre en s'amincissant à moitié de la hauteur de la paume de la main, dans l'aponévrose palmaire.

» Le tendon du fléchisseur superficiel du médius paraissait aussi au premier abord englobé dans la tumeur, avant que celle-ci n'ait été séparée en deux ; mais il est incontestable que le tendon est placé justement entre les deux portions

bien distinctes, dans l'épaisseur d'une lame du tissu cellulaire assez lâche qui réunissait ces deux tumeurs : autour de ce tendon, et on peut encore le constater, il y avait tendance à la formation d'une bourse séreuse.

» Ainsi, deux tumeurs parallèles, allongées, accolées, unies l'une à l'autre par un tissu cellulaire contenant, dans son épaisseur, le tendon du fléchisseur superficiel du médius, formaient en apparence d'abord une seule tumeur ; bien distinctes depuis leur extrémité supérieure et dans tout leur trajet, elles finissent par se réunir tout à fait en bas, par une tumeur transversale, placée profondément dans la paume de la main et plus volumineuse que les portions verticales. Réunies ainsi, les trois parties, lorsque les deux supérieures sont tenues écartées, forment en définitive une seule et même tumeur en forme d'U très-allongé.

» La branche interne offre surtout la forme en bissac, à renflement supérieur globuleux d'un peu plus d'un centimètre de diamètre, placé au bas de l'avant-bras; à rétrécissement très-notable, correspondant au ligament annulaire; et à renflement inférieur allongé, occupant de haut en bas toute la moitié interne de la hauteur de la paume de la main. — Le renflement supérieur et le rétrécissement sont constitués par une masse solide d'un gris rose, élastique, légèrement translucide , adhérent intimement à la substance des tendons englobés, substance qui a conservé tous ses caractères sans atrophie, au sein de cette substance solide qui l'entoure. — C'est tout simplement du tissu fibro-plastique qui forme cette tumeur. — Le renflement inférieur composé par une substance solide toute pareille, mais un peu blanchâtre, offre de plus une particularité importante.

» La substance solide n'adhère pas dans une grande partie de sa hauteur, au tendon du fléchisseur superficiel de l'annulaire ; elle laisse entre elle et ce tendon, un espace, une cavité affaissée plus large par en bas que par en haut. Dans

cette cavité n'existe aucun liquide ; tout est complétement sec, un peu poisseux seulement. On y trouve une dizaine de petits corps étrangers, de la dimension d'une lentille et au-dessus, aplatis, déformés, les uns contournés en demi-cornets irréguliers, les autres polyédriques, mais toujours aplatis, ressemblant pour leur forme à certains fruits secs à trois ou quatre arêtes saillantes. Tous sont mous, élastiques, un peu tremblottants, d'un blanc translucide, d'une substance uniforme, comparable à la gélatine coagulée un peu épaisse. Leur surface est régulièrement lisse, un peu poisseuse. Tous libres, ils sont logés dans les recoins de la cavité que laissent entre eux le tendon et les parois de la tumeur. Sur les parois de la même cavité, font saillie des crêtes notables, qu'on ne peut mieux comparer qu'à la saillie du véru-montanum dans l'urètre ; à base large et adhérente, à sommet libre et mince, lisses sur les deux faces, les unes de forme demi-circulaire, les autres très-allongées au nombre de six ; les crêtes composées par une substance identique à celle des corps libres, se continuant intérieurement et insensiblement à la base avec la substance plus ferme et plus opaque déjà citée, qui forme la tumeur. La cavité constituée est fermée, par en bas comme par en haut, au moyen d'adhérences intimes avec la substance du tendon.

» La branche externe englobant les deux fléchisseurs de l'indicateur, et le tendon du fléchisseur profond du médius, commence à l'avant-bras à la même hauteur que la précédente, à laquelle elle est inférieure en volume et en épaisseur. Elle n'a pas la forme de bissac comme sa voisine ; de son origine à l'avant-bras, jusqu'à sa terminaison au bas de la paume de la main, elle va en augmentant de volume, un peu dans le genre d'une petite massue. Composée par une substance blanc grisâtre, un peu rosée, dans des points qui paraissent vasculaires, élastiques, résistants, elle n'offre aucune cavité ; elle est partout adhérente d'une manière

assez intime avec la substance intacte des tendons englobés.

» La portion transversale qui réunit par en bas les deux branches en forme d'U, est placée derrière les tendons, sur l'aponévrose inter-osseuse, à la terminaison inférieure de la paume de la main, juste au-dessus du niveau de la tête des métacarpiens. D'abord, peu épaisse et solide, elle se renfle au niveau de l'espace intermédiaire aux quatrième et cinquième métercarpiens, de manière à constituer une tumeur globuleuse, du volume d'une petite noix. C'est celle qu'a mise à découvert la désarticulation du cinquième métacarpien. Cette tumeur, bien différente des précédentes, est molle, simple, à parois minces et transparentes, laissant voir à travers elles le contenu qui est un liquide épais et visqueux, d'un jaune ambré, très-semblable à de la gelée de coings à demi coagulée, tenant en suspension une vingtaine de corps étrangers, blancs, translucides, identiques, à part leur volume plus petit et un aplatissement moindre, aux corps libres déjà décrits de la cavité de la branche interne. Il y a continuité intime entre cette substance de la cavité inférieure et la substance des deux branches latérales. Mais la cavité qui forme son renflement interne, ne communique pas avec la cavité vide de liquides de la branche interne.

» A part le tendon fléchisseur du petit doigt, tous les tendons ont conservé leur volume et leur structure intacts. Ils adhèrent plus intimement à la substance grise-blanchâtre des tumeurs, à leur entrée et à leur sortie, que dans le reste du trajet intermédiaire.

» Il y a entre les tendons et les organes en rapport, des déplacements qui n'ont pas grande importance. Ainsi, le nerf médian, au lieu d'être à l'avant-bras, entre les deux plans de tendons, est rejeté en avant, et déjà tout à fait superficiel. Les tendons eux-mêmes sont un peu déviés, mais tout cela est accessoire.

» Dans toutes les parties de la face antérieure, du côté de l'aponévrose superficielle ou palmaire, l'ensemble de la tumeur est bien limité, sans adhérences aucune avec les organes voisins. Il n'en est pas de même sur la face postérieure, où des adhérences nombreuses, par l'intermédiaire d'un tissu cellulo-fibreux assez serré, unissent la tumeur sur beaucoup de points, avec l'aponévrose interosseuse.

» J'ai dit en commençant que nous assistions ici à la transformation d'un kyste séreux, avec corps étrangers, en une tumeur dite fongueuse. Cela n'est-il pas évident? A la partie supérieure, là où les liquides sont peu entraînés par la pesanteur, nous trouvons encore du liquide, mais épais, tendant à disparaître, tenant en suspension des corps étrangers. Plus haut, dans la branche interne de la tumeur, il y a encore des corps étrangers et une cavité ; seulement la cavité ne renferme plus aucun liquide, est affaissée, tend à disparaître, a disparu même dans la moitié supérieure. Dans la branche externe, il n'y a pas de cavité du tout ; on ne trouve plus qu'une substance solide, adhérant complétement à la substance des tendons. Il est difficile de mieux suivre pas à pas les modifications successives.

» On pourrait se demander ce que deviennent les corps étrangers pendant ce travail ; quelle est à ce point de vue la signification des crêtes adhérentes, que nous voyons dans l'intérieur de la cavité affaissée de la branche interne? Dans sa thèse de concours sur les tumeurs ganglionnaires du poignet, M. Michon, rappelant l'opinion de Laënnec et Hyrtl, s'appuyant, du reste, sur mes recherches sur l'arthrite sèche, a pensé que les crêtes dans les bourses séreuses étaient l'analogue des brides et franges des cavités synoviales, et représentaient, dans un cas comme dans l'autre, l'origine des corps étrangers. Mais ici ne pourrait-on pas supposer, contrairement à cette opinion, que les crêtes ne sont que d'anciens corps libres (puisque leur structure est

identique), devenus adhérents par le fait du travail de guérison, pour se perdre plus tard dans les parois? Une objection se présente contre cette dernière manière de voir, objection puisée dans la longueur de deux des crêtes, qui sont presque analogues, à ce point de vue, au véru-montanum dans l'urètre; il serait difficile de supposer qu'il y eût eu antérieurement dans la cavité un corps étranger aussi long que cela, par rapport à son étroitesse. On pourrait répondre, il est vrai, qu'il a été déformé ultérieurement. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que cette discussion soulevée, mais non traitée, dans l'exposé qui précède, est encore en litige. »

Là se borne, quant à ce qui a trait à la tumeur synoviale, trouvée sur ce cadavre, l'observation de M. Deville, que nous regardons comme une démonstration anatomique des plus probantes, de la possibilité de transformation des synoviales des tendons de la main et du poignet. L'affection de ce jeune homme observée pendant la vie, eût très-certainement fait tomber le chirurgien dans une erreur complète, relativement à la nature de la tumeur, et l'eût peut-être entraîné à une opération impraticable.

Un épanchement sanguin se faisant dans le kyste, et parcourant la série des transformations que nous connaissons, peut aussi amener la solidification du liquide; c'est ce que donne à penser le fait suivant:

» Un jeune homme, âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, présente sur la face dorsale du petit doigt de la main droite, au niveau de l'interligne articulaire de la deuxième phalange avec la troisième, une tumeur du volume d'une petite aveline. Le mal a débuté il y a huit mois en occasionnant un léger prurit dans le lieu qui en est le siége. C'est une tumeur lisse, sans bosselures, non fluctuante; elle offre même un certain degré de dureté et ne paraît pas adhérer beaucoup aux parties sous-jacentes. — Le malade demande

à en être débarrassé, à cause de la difformité qu'elle produit plutôt qu'à cause de la douleur qu'elle occasionne. M. le professeur Velpeau qui diagnostiqua une tumeur hématique souscrit à sa demande. (Vermont. Thèses de Paris 1855.) »

Cette tumeur examinée par M. Robin, offrit à ce micrographe *des myéloplaxes*, des faisceaux de tissu fibreux, etc.

Quoi qu'il en soit de sa composition, cette tumeur aurait pu être prise pour un ganglion articulaire, et peut-être le microscope doit-il ici céder la place à la clinique qui nous apprend que des épanchements sanguins peuvent aussi se faire dans les ganglions.

Le liquide au lieu de se concréter en masse peut se résorber et ne laisser que les corpuscules seuls pressés les uns contre les autres.

» Un militaire du 64e de ligne se présenta à ma visite portant à l'union de la première avec la deuxième phalange du doigt indicateur de la main droite, une tumeur régulièrement arrondie, du volume d'une grosse noisette, mobile sous les téguments et les parties sous-jacentes sans changement de couleur à la peau, élastique, indolente, mais occasionnant de la gêne dans la flexion du doigt.

Je crus avoir affaire à un ganglion parfaitement isolé des parties environnantes et je l'incisai largement suivant la longueur du doigt, de la base au sommet : c'était un kyste, libre en effet, mais renfermant un produit solide rempli d'un nombre considérable de petits corps d'apparence fibro-cartilagineux, d'un aspect blanchâtre, ressemblant pour la forme et la consistance à de petites écailles de poisson : je le vidai entièrement et introduisis une boulette de charpie dans la cavité : le malade était guéri sans accidents le 28e jour après l'opération. »

Était-ce là un kyste à corps riziforme en voie de transformation ? Nous sommes disposé à le croire, depuis que nous avons lu l'observation de M. Deville.

Tels sont les seuls cas de transformations ou de dégénérescences des kystes synoviaux du poignet et de la main que nous avons pu recueillir. Nous ne doutons pas qu'en appelant sur ce sujet l'attention des chirurgiens, on ne parvienne assez rapidement à en faire une histoire beaucoup plus complète : les recherches dirigées vers ce but serviraient encore à poser, d'une manière plus certaine, le diagnostic différentiel de ces tumeurs.

II.

CLASSIFICATION DES KYSTES SYNOVIAUX.

Nous est-il possible d'après les éléments de ce travail de donner une classification des kystes synoviaux de la main et du poignet? Nous avons été précédé récemment dans cette tentative par M. Gosselin (*op. citat.*) qui les divise en *kystes hydropiques*, ce sont ceux qui occupent une bourse synoviale tout entière; et en *kystes partiels* ou *ganglionnaires* se formant dans une partie très-circonscrite d'une membrane synoviale. Cette classification repose sur la théorie que nous avons déjà discutée.

M. Michon étendant à *l'Aï* ou crépitation douloureuse des tendons la dénomination de tumeur synoviale, a décrit sous trois chefs l'affection qui nous occupe : 1° la crépitation douloureuse des tendons - Aï ; 2° les tumeurs synoviales à grains hydatifornes ; 3° Le ganglion. Il est évident que la première affection, traitée dans le travail de M. Michon, ne peut entrer dans le nôtre.

Enfin plus récemment encore, M. Bauchet, dans son *Histoire anatomo-pathologique des kystes* (Mémoires de l'Académie de médecine 1857), partageant les idées de M. Gosselin, a fait des tumeurs synoviales de la main et du poignet de nombreuses classes, et a établi les divisions suivantes : 1° kystes articulaires ; 2° kystes tendineux ; 3° kystes sous-musculaires. C'est la division adoptée déjà par M. Velpeau dans le *Dictionnaire* en 30 volumes.

Mais M. Bauchet a subdivisé ses divisions en variétés. Les kystes articulaires en comptent trois :

1° Kystes formés aux dépens de la synoviale ;

2° Kystes formés en dehors de la synoviale ;

3° Kystes formés par les follicules synovipares.

Les kystes tendineux en comptent quatre :

1° Kystes *limités* dans une gaîne tendineuse ;

2° Kystes *étendus* dans une gaîne tendineuse ;

3° Kystes occupant une gaîne tendineuse commune ;

4° Kystes situés sur une gaîne tendineuse communiquant ou non avec la gaîne.

La troisième division reste unique.

Cette classification de M. Bauchet a l'avantage de rappeler l'origine de chaque kyste par sa dénomination, mais elle a peut-être l'inconvénient d'être trop multipliée, tout en demeurant bonne au point de vue anatomique où l'auteur s'est placé.

Pour notre part, nous nous servirons de dénominations anciennes dont le sens est facile à déterminer, et nous traiterons successivement :

1° Des ganglions ou kystes synoviaux proprement dits ;

2° Des hydropisies enkystées des bourses synoviales ;

Nous réservant chemin faisant de justifier ces dénominations et de faire l'histoire des variétés qui peuvent se présenter dans les affections qu'elles désignent.

Des ganglions ou kystes synoviaux.

C'est au devant des articulations serrées du carpe et du poignet qu'apparaissent habituellement les ganglions ; on les rencontre aussi quelquefois aux doigts, mais plus rarement. Ils occupent la face palmaire ou dorsale du poignet et de la main, la face palmaire ou dorsale des doigts ; et par exception la face latérale de ces derniers. Nous avons

en partie traité de leur siége anatomique, en parlant des opinions émises par M. Gosselin sur les cryptes qu'il pense en être le point de départ ; nous n'en dirons ici que quelques mots.

MM. A. Bérard et Denonvilliers, dans le *Compendium de chirurgie*, les regardent comme provenant exclusivement des tendons ou de leurs gaînes synoviales ; cette opinion trouve sa raison d'être dans l'observation constatant qu'ils peuvent effectivement se développer aux dépens de ces organes, aussi bien que des synoviales articulaires.

M. Bégin (*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *Ganglions*), admet qu'ils procèdent des synoviales articulaires et des gaînes synoviales des tendons par une cause et un mécanisme analogues ; à savoir par l'accumulation de la synovie, s'engageant entre les légers intervalles des trousseaux aponévrotiques, ou même y provoquant quelques éraillures au travers desquels ce liquide proémine au dehors et se trouve renfermé désormais par des feuillets cellulo-fibreux variables dans leur épaisseur.

M. Velpeau, qui leur donne la même origine, a pu deux fois sur le cadavre en suivre la cavité jusqu'à l'intérieur de la jointure, et M. Jarjavay (Michon, *op. cit.*) a eu l'occasion, le bistouri à la main, de la démontrer jusqu'à l'évidence, pour les gaînes tendineuses.

Observation.—F. Jacquemier, 14 ans, entré le 24 septembre 1850, à l'hôpital des Cliniques.

« Une tumeur, du volume d'une petite aveline, sans changement de couleur à la peau, non adhérente aux téguments, existe sur la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras, sur le trajet des tendons des muscles radiaux. Cette tumeur n'est pas réductible par la pression.

Ce mode d'exploration cause une légère douleur locale. La tumeur est peu mobile, non transparente.

Le 25 septembre, M. Jarjavay pratique l'ablation de la

tumeur. Le chirurgien fait une première incision longitudinale, puis il procède à la dissection du kyste sur les côtés et en arrière. L'enveloppe fibreuse du kyste se continue immédiatement en arrière avec la gaîne des tendons. Pendant cette dissection, le kyste est ouvert, il s'en écoule une masse gélatineuse transparente, légèrement verdâtre; puis, l'enveloppe du kyste enlevée, les tendons brillants, nacrés, sains, apparaissent au fond de la plaie.

Les lèvres de la plaie sont rapprochées. On soumet la main de la malade à des irrigations froides.

Le 7 octobre, la cicatrisation était à peu près complète ; le 13 la malade quittait l'hôpital. »

M. Chassaignac (*Bulletin Société de chirurgie* 1845), a rapporté l'examen anatomique d'un kyste trouvé sur le cadavre d'un sujet servant aux manœuvres opératoires; « La tumeur avait le volume d'une amande; elle occupait l'espace compris entre le tendon du long supinateur et celui du grand palmaire, et reposait par sa face profonde sur le carré pronateur. L'artère radiale était accolée à sa paroi antérieure en haut et plus bas, à sa paroi latérale externe. Cette tumeur, libre dans les 4/5 de son étendue tenait à l'articulation radio-cubitale, par un pédicule volumineux et communiquait largement avec la cavité articulaire. Le liquide qu'elle contenait était synovial. M. Chassaignac regarde le kyste, comme un diverticulum de la synoviale articulaire. Il n'est rien dit de la structure des parois du kyste. »

A cet état les ganglions sont à proprement parler des hernies de la synoviale à collet plus ou moins large; ils restent rarement à cette période : le collet se rétrécit de plus en plus et finit par ne plus former qu'un pédicule plus ou moins délié, adhérent à la gaîne fibreuse; le ganglion, tout en restant alors en rapport avec la synoviale, ne communique plus avec elle; c'est le cas le plus commun. La disposition toujours linéaire du collet du sac, l'irritation qui

survient au moment de la production de la hernie, suffit pour amener l'oblitération de son ouverture de communication avec la synoviale; le kyste vit alors par lui-même et s'accroît sous l'influence des mouvements, des pressions et des frottements répétés. Ces deux phases sont de la plus haute importance au point de vue du traitement, et doivent être soigneusement distinguées.

Le pédicule de la tumeur sans cesse exposé à des tiraillements, s'allonge et s'amincit, au point de permettre quelquefois à celle-ci des mouvements assez étendus, et il peut arriver un moment où dissociées par l'absorption, ses fibres se résolvent en tissu cellulaire : le kyste est alors isolé, et semble s'être développé sur place; toute trace de sa provenance a disparu.

Les faits observés par Eller et par Boyer, avaient fait penser à ces chirurgiens, qu'au lieu d'une hernie il se faisait une déchirure de la synoviale et que le liquide épanché dans le tissu cellulaire ambiant, s'y enkystait : sans doute l'absence de toute connexion de la tumeur avec la synoviale, soit par un trajet direct, soit par un pédicule, les avait conduits à cette étiologie : rien n'empêche de l'admettre, car ces kystes contiennent aussi de la synovie ou un liquide fort analogue, présentant quelques différences de consistance ou de coloration pour toute distinction; tel était le cas observé par M. Maisonneuve (*Loco cit.*).

L'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. Larrey et recueillie à sa Clinique, nous fait assister au développement d'un de ces kystes, à la suite d'une luxation du pouce; luxation qui a dû très-certainement s'accompagner de déchirure de la synoviale, avec épanchement dans les tissus environnants.

Kyste synovial du pouce droit.

« Duloroy, 30e de ligne, entré au Val-de-Grâce le 15 janvier 1852, salle 29, n° 6.

Il y a 20 mois, à son premier exercice du fusil, Duloroy se luxe le pouce droit sur le métacarpien correspondant. La luxation fut immédiatement réduite par le chirurgien major du régiment; un bandage fut appliqué et au bout de quelques jours le malade reprit son service.

Bientôt la douleur revint ainsi que le gonflement des deux articulations du pouce ; des cataplasmes furent appliqués, et avec le repos, tout disparut.

Ces mêmes phénomènes se succédèrent plusieurs fois pendant les 20 mois qui ont précédé l'entrée de ce malade à l'hôpital; le repos, des bains tièdes, des cataplasmes ont constamment dissipé le mal qui revenait avec l'exercice du doigt.

Enfin, fatigué, Duloroy demande à être débarrassé de son infirmité, fût-ce au prix d'une opération.

Il entre au Val-de-Grâce le 15 janvier.

Nous constatons à la face palmaire de l'articulation carpienne du pouce droit une tumeur molle, fluctuante, de la grosseur d'une petite noix qui empêchait les mouvements des deux articulations : bains, cataplasmes pendant 3 jours; le 4e on applique un vésicatoire.

24 janvier. — 3 vésicatoires appliqués successivement n'ont pas pris. La tumeur reste stationnaire, douloureuse à la pression, ce qui nous décide à y appliquer la réfrigération.

31 janvier. — L'application des vésicatoires paraît avoir fait résorber une petite partie du liquide enkysté, mais a provoqué une légère angéïoleucite qui nécessite la suppression de ce moyen.

Des frictions mercurielles sont substituées d'abord au vésicatoire.

7 février. — La compression par les bandelettes a remplacé ces moyens, et le kyste diminue notablement.

14 février. — Résorption partielle du liquide contenu

dans le kyste ; des mouvements inconsidérés du pouce reproduisent la tumeur.

21 février.— Le volume et la fluctuation de la tumeur ont sensiblement diminué ; mais on sent à la pression un corps dur, mobile, de forme allongée, comparable à un os sésamoïde ou à une concrétion articulaire. Il paraît adhérent toutefois à la paroi du kyste.

28 février. — Le corps dur devient plus mobile par les mouvements que lui imprime le malade d'après notre conseil : le corps est dans le même état, il est de consistance fibro-cartilagineuse, de la forme d'un petit noyau, situé au côté externe de l'articulation métocarpo-phalangienne du pouce.

6 mars. — Fatigué du séjour à l'hôpital, le malade demande à sortir ; il sort le 11 mars 1852. »

Siége. — Les kystes synoviaux ganglionnaires occupent habituellement la face dorsale du poignet et de la main ; on en rencontre aussi, mais plus rarement à la face palmaire, tandis qu'aux doigts, au contraire, c'est de ce côté qu'ils sont le plus fréquents : on les trouve quelquefois sur les parties latérales des doigts, mais exceptionnellement.

Toutefois les articulations du poignet et de la main peuvent donner naissance aux ganglions ; il en est de même des gaînes tendineuses, mais le plus communément au poignet, les ganglions sont des kystes synoviaux articulaires, tandis qu'aux doigts ils proviennent plutôt de la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs : la physiologie des mouvements de la main et l'étiologie de ces tumeurs peuvent donner l'explication de ce phénomène.

Étiologie. — Les causes presque exclusives de ces tumeurs sont les efforts, les violences imprimées aux organes, ou leur exercice constant et toujours le même ; aussi les voit-on survenir dans des conditions en rapport avec l'âge, la profession et le sexe des individus qui en sont porteurs. L'enfance en est presque généralement exempte ;

c'est une maladie de l'âge adulte, et des hommes livrés à des professions pénibles, comme les portefaix, les forgerons, les imprimeurs, les buandières, les bateleurs, etc. Ce n'est pas qu'on n'en rencontre aussi chez les gens du monde, mais elles sont dues la plupart du temps à des causes occasionnelles.

Nous sommes peu disposé à admettre les causes banales et si souvent invoquées pour arriver à l'explication de toutes les maladies, des affections antérieures, comme la goutte, le rhumatisme, etc. Nous excepterons volontiers de cette proscription l'hydarthrose.

Le tempérament lymphatique serait, dit-on, une prédisposition à ces affections ; en partant de cette idée, il était tout naturel qu'on prétendît avoir rencontré, bien que cette observation ne soit pas confirmée, plus de femmes que d'hommes atteints de kystes synoviaux.

Symptômes, marche, terminaison. — Ils se présentent le plus communément sous la forme de tumeurs arrondies, mobiles dans une petite étendue, moins adhérentes aux téguments qu'aux parties sous-jacentes, assez nettement circonscrites, indolentes, sans changement de couleur à la peau, d'une dureté variable, mais souvent molles, plus souvent fluctuantes, donnant aussi parfois la sensation d'élasticité.

Lorsqu'ils surviennent sans cause appréciable, ils apparaissent lentement, et la difformité qu'ils occasionnent est souvent le seul indice par lequel ils révèlent leur apparition. Mais, en général, c'est brusquement qu'ils surviennent, ou dans un temps très-court, après l'action de la cause qui les a provoqués. Certains d'entre eux apparaissent et disparaissent subitement, quelquefois à la volonté des malades. Ce phénomène n'a été observé que sur les ganglions articulaires; les causes de ces disparitions rapides sont ou bien la rentrée dans l'articulation du liquide qu'ils contiennent,

ou bien lorsqu'ils ne communiquent plus avec elle, leur réduction en arrière des ligaments, par l'ouverture qui leur a donné issue, dans quelque loge cellulo-adipeuse. Les mouvements imprimés à l'articulation, augmentant ou diminuant sa capacité, peuvent expliquer le premier fait ; mais la dernière explication est seule admissible pour les ganglions isolés.

Quant à l'apparition et à la disparition plus ou moins rapide des ganglions, en rapport avec certains états généraux physiologiques, comme la grossesse, par exemple, tels qu'en rapportent Acrel et Moïnichen, ce sont des faits tellement exceptionnels qu'ils doivent à peine être pris en considération, et mis au rang des curiosités.

Observation. — « Une femme de 30 ans, mariée, avait, comme dans les cas précédents, des douleurs de goutte. Lorsque celles-ci cessèrent, il se montra au poignet droit un ganglion synovial qui augmentait et diminuait de volume lorsque les affections ci-dessus mentionnées cessaient ou revenaient.

» Pendant des mois entiers la malade ressentait des dérangements moraux et physiques accompagnés de perte du sommeil, de l'appétit, etc. Cet état ne cédait que lorsque le ganglion reparaissait.

» Ce qu'il y eut de plus curieux, c'est que cette femme, qui eut des enfants sains, n'eut jamais de tumeurs pendant ses grossesses, qu'elle se portait bien de corps et d'esprit. Aussitôt après l'accouchement, elle retombait dans l'état morbide caractérisé par la perte d'appétit, de sommeil, etc., tant que le kyste du poignet n'avait pas repris son apparence difforme ; j'ai remarqué ce phénomène pendant cinq ans de suite, et pendant le cours de trois grossesses. »

(*Acrel, Op. cit.*)

Observation. — « Je connais une dame, mère de plusieurs enfants, qui a, depuis plusieurs années, sur le

poignet, un ganglion de la grosseur d'une noisette, sans douleur, lequel disparaît de lui-même toutes les fois qu'elle est près d'accoucher. Quelques jours avant son terme, elle s'aperçoit que cette petite tumeur diminue peu à peu au point de ne plus laisser qu'une petite marque autour, semblable à une ecchymose quise dissipe aussi à la fin ; et c'est ce qui lui annonce que son travail va commencer. Elle a fait plusieurs fois la même remarque. La seconde semaine après ses couches, le ganglion qui paraissait entièrement effacé commence à reparaître et parvient insensiblement à la grosseur qu'il avait auparavant. »

(*Actes de Copenhague*, ann. 1671 et 1672. Obs. 56).

Les ganglions empruntent à la région sur laquelle ils se développent, des caractères spéciaux; au poignet et à la main, ils sont généralement arrondis, tandis qu'aux doigts, cette disposition moins commune, est modifiée par l'étroitesse de ces organes qui lui permettant de s'étendre moins transversalement qu'en longueur, donne à ces derniers l'apparence fusiforme. Le mouvement des articulations auxquelles ils sont accolés, les fait aussi varier d'aspect, les aplatit et les rend plus durs et moins mobiles dans l'extension du côté de leur siége ; les laisse plus libres au contraire, plus globuleux et plus mous dans la flexion. Il en est de même de ceux qui appartiennent aux gaînes tendineuses. A la paume de la main et à la face palmaire des doigts, la peau, solide et dure, ne se laisse pas distendre facilement dans l'extension, et applique plus solidement les ganglions sur les parties sous-jacentes ; de là, cette indication capitale dans l'exploration des ganglions, de les explorer alternativement dans la flexion et dans l'extension des parties, mais surtout dans la flexion.

Lorsque le ganglion communique encore avec la synoviale, les variations de capacité de cette membrane imposées par l'extension ou la flexion, font refluer dans le gan-

glion, ou sortir de son intérieur, une plus ou moins grande quantité du liquide qui leur est commun. Ainsi que nous l'avons dit, dans ces conditions, c'est lorsque les parties seront dans un état de demi-flexion, que les ganglions seront aussi à leur moyen terme de densité, de volume et de mobilité.

La gêne dans les mouvements est souvent le seul phénomène accusé par les sujets qui présentent cette affection ; ils s'en plaignent peu lorsqu'elle occupe la face dorsale du poignet ou des mains, mais il n'en est pas de même lorsqu'elle en occupe la face palmaire; soit qu'elle s'oppose aux mouvements de flexion, soit qu'elle empêche l'application exacte de la main sur les objets. La forme globuleuse est celle qu'affectent en général les ganglions de petit volume, et la forme ellipsoïde ne s'observe que sur ceux qui déjà ont pris un certain accroissement; la première est celle du début, la seconde est celle de l'évolution modifiée par les parties voisines; ils peuvent aussi se porter dans le sens où les dirigent les mouvements naturels ou les pressions, mais cette locomotion se fait plutôt par un accroissement latéral de la tumeur que par un véritable déplacement.

Une fois les ganglions développés, ils peuvent rester indéfiniment stationnaires, et l'on rencontre des sujets qui affirment que depuis 20, 30 ou 40 ans, leur tumeur n'a pas changé de volume; d'autres fois, leur accroissement est lent, graduel, à peine sensible, et il faut que les malades reportent leurs souvenirs à de longues années en arrière pour apprécier le développement qu'ils ont acquis; c'est là le cas le plus ordinaire. Enfin on en a vu augmenter brusquement de volume sans cause appréciable, ou sous l'influence d'un exercice forcé de la partie qui les supporte, d'une violence à laquelle ils auront été soumis.

Sur la face latérale des doigts ils empêchent d'autant plus le rapprochement de ces derniers, qu'ils sont situés plus près

de leur racine ; et à leur face palmaire, ils gênent d'autant plus la flexion qu'ils sont plus rapprochés de la paume de la main. La position entre la flexion et l'extension des doigts peut être considérée comme le phénomène général qu'ils provoquent quelque côté qu'ils en occupent ; il est inutile d'en donner la raison ; notons qu'ils sont plus rares à l'extrémité qu'à la racine.

Diagnostic. Il est en général facile de les reconnaître ; mais il faut savoir distinguer les ganglions en communication avec la synoviale de ceux qui en sont isolés. Nous ferons tout d'abord observer que la première variété est la moins commune et que son diagnostic différentiel de la seconde, repose sur la réductibilité : les changements de volume et de densité survenant dans les kystes par l'effet des mouvements imprimés aux articulations ou à la gaîne tendineuse, sont déjà une présomption de leur communication avec la capsule normale ; néanmoins ces changements peuvent exister indépendamment de toute communication, en raison des rapports nouveaux des parties : la réduction pour acquérir une certaine valeur, doit se produire assez lentement, sous une pression ménagée, et la réapparition de la tumeur se faire aussi d'une manière graduelle et sans à-coup : une disparition brusque du ganglion sous la pression, et son retour saccadé immédiatement au même volume, ne sont pas des signes de réduction, mais des lignes indiquant que la tumeur tout entière est allée se *nicher* sous quelque tendon voisin ou au-dessous des ligaments articulaires. On peut avoir affaire néanmoins à des ganglions bilobés, dont une des poches très-apparente est située au-dessus des parties fibreuses, tandis que l'autre, moins facile à constater, est située au-dessous : le diagnostic dans ces cas sera toujours très-difficile.

Les conditions d'anatomie chirurgicale et d'anatomie pathologique des parties sur lesquelles on rencontre les kystes

synoviaux, et les considérations dans lesquelles nous sommes entré, ne suffisent pas toujours pour arriver à diagnostiquer certainement ces tumeurs, de tumeurs d'une autre nature ou même de nature identique, mais de siége différent.

Nous allons essayer de tracer le diagnostic différentiel des kystes synoviaux de celui des différentes sortes de tumeurs qui peuvent se présenter dans les mêmes régions ; ces tumeurs sont solides ou liquides. Disons tout d'abord qu'il est quelquefois très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'annoncer à l'avance que les tumeurs qui nous occupent sont ou ne sont pas solides et pleines. Les parois des kystes, en effet, sont quelquefois tellement épaisses, tellement dures et résistantes, encroûtées de plaques calcaires ou cartilagineuses, qu'elles donnent à l'exploration la sensation parfaite de tumeurs pleines, et dissimulent complétement la présence du liquide qu'elles renferment. C'est en se reportant aux signes commémoratifs de la tumeur, à son mode d'apparition, à son développement, au siége qu'elle occupe, à la fréquence de tumeurs analogues souvent rencontrées dans le même lieu, enfin en appelant à son aide tous les secours de son habileté manuelle et de son expérience que le chirurgien pourra arriver à poser un diagnostic certain sur son contenu.

Lorsque ces kystes sont d'un volume assez considérable, on pourra se servir du procédé employé pour constater la transparence de l'hydrocèle de la tunique vaginale; mais, de même dans l'hydrocèle, les variations survenues dans le liquide ou dans les parois du kyste pourront réduire ses enseignements à néant ; son secours, du reste, en raison de l'épaisseur générale peu considérable des parties interposées entre l'œil et la lumière, peut être douteux, ou même devenir une source d'erreur de diagnostic ; on sait, en effet, que les parties solides d'une épaisseur médiocre

présentent souvent la transparence des liquides. C'est surtout à la main que ce phénomène a été constaté.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs liquides qui peuvent être rencontrées au poignet et à la main, sont : les hydropisies des bourses muqueuses, les hydarthroses, les abcès, les tumeurs sanguines. Les tumeurs solides sont constituées par les tumeurs osseuses, fibreuses, tendineuses, les tumeurs hématiques solides, les lipômes, les névroses et enfin les productions hétéromorphes.

Bourses muqueuses. Le siége des bourses muqueuses n'est pas absolument le même que celui des kystes synoviaux ; c'est dans les sillons des os entre eux, en regard des articulations ou le long des tendons qu'apparaissent au poignet les kystes synoviaux, tandis que les bourses muqueuses se rencontrent au contraire sur les saillies osseuses, à la main : au côté palmaire et sur les bords du poignet. A la paume de la main, les bourses muqueuses sont situées en regard de la tête des métacarpiens, là où on peut rencontrer des kystes articulaires ou tendineux ; mais il faut observer qu'elles sont, dans le début, immédiatement superficielles, tandis que les kystes ne le deviennent qu'après un certain temps ; leur forme est aplatie par la base ; elles représentent plutôt une demi-sphère qu'une tumeur arrondie comme les kystes ; elles donnent, lorsqu'elles sont soumises à l'inflammation, une crépitation différente de celle qu'on peut rencontrer dans les kystes synoviaux ganglionnaires où ce phénomène est rare ; leur augmentation de volume suit habituellement cette crépitation qui n'apparaît dans les kystes qu'à une certaine période.

Les hydarthroses des articulations du poignet et de la main impriment à ces parties une forme spéciale, sur laquelle nous n'insisterons pas ; elles sont souvent précédées d'inflammations plus ou moins vives, de tuméfaction générale périarticulaire, de douleurs ou de gêne tout à fait par-

ticulière à l'article; et lorsque la distension des capsules est devenue chronique, le liquide synovial les repousse en dehors, dans des endroits déterminés.

Les abcès chauds ne peuvent pas être confondus avec les ganglions; mais il n'en est pas de même des abcès froids, et nous avons vu survenir dans la profondeur des muscles de l'éminence thénar une tumeur dont il nous fut très-difficile de déterminer la nature : située vers la tête supérieure du premier métacarpien de la main droite, elle avait débuté sans douleur et n'occasionnait que de la gêne; elle était régulièrement arrondie, du volume d'une aveline et médiocrement consistante. Pendant que le malade était soumis à notre observation, d'autres tumeurs réparties sur différents points du corps survinrent; il fut facile de les reconnaître pour des abcès multiples; nous pensâmes alors que la tumeur de la paume de la main était de même nature, et une ponction exploratrice justifia notre diagnostic.

Des tumeurs sanguines liquides par épanchement sanguin dans les bourses muqueuses violentées, peuvent se présenter au poignet et à la main; la terminaison de ces tumeurs fera juger de leur nature; nous ferons remarquer que, comme il n'existe pour toutes ces variétés de tumeur aucune indication formelle d'opérer, l'attente et l'observation peuvent être d'un secours véritable.

Des tumeurs vasculaires sanguines se sont rencontrées au poignet et à la main, et ont été la cause d'erreurs de diagnostic singulières; une tumeur érectile a été prise pour un kyste, et à son tour un kyste a été pris pour un anévrysme.

Les faits sont peu nombreux, et par cela même trop intéressants pour ne pas être rapportés.

Obs. — *Ganglion au poignet pris pour un anévrysme.*

«Une jeune dame demeurant à Ardres, dans le nord de la

France, demanda mon avis sur une tumeur qu'elle voyait depuis un temps déjà considérable se former au poignet.

Cette tumeur ovale était située sur le trajet de l'artère radiale, en avant de l'extrémité inférieure du radius, et s'étendait transversalement de l'apophyse styloïde de cet os au tendon du radial antérieur; telle était la direction de son grand diamètre. Elle présentait un mouvement général de pulsation, disparaissait lorsqu'elle était comprimée, et reprenait son volume primitif aussitôt que la pression avait cessé.

La situation, les mouvements pulsatifs, et surtout la disparition à la pression de la tumeur firent que je me prononçai pour un anévrysme, et que je conseillai à la malade une opération qui seule pouvait amener la guérison. En cela je me trouvai de l'avis de plusieurs chirurgiens de Calais et Saint-Omer qui avaient été consultés.

La malade, impatiente de se débarrasser de sa tumeur, bien qu'elle ne fût ni douloureuse ni gênante, consentit sans hésiter à ce que je proposais. Heureusement, cependant, aussi bien pour la malade que pour moi, que ses amis s'opposèrent à l'opération qui fut remise.

Je quittai Ardres sur ces entrefaites. A mon retour, après une absence de sept mois, je revis la tumeur qui avait légèrement augmenté; en en examinant avec soin la surface élevée au niveau de mon œil, je reconnus dans un point particulier des pulsations avec un léger degré d'élévation des tissus. Puis je découvris, par un examen minutieux, deux artères qui passaient au-dessus de la tumeur, immédiatement au-dessous de la peau. Ces artères étaient la radiale et la palmaire superficielle.

La tumeur était donc évidemment un ganglion situé probablement sur la gaîne du tendon du long fléchisseur du pouce sur lequel repose l'artère radiale. L'accroissement successif du ganglion avait soulevé l'artère radiale. On sui-

vait facilement le cours des deux artères : l'artère radiale se dirigeait en dehors pour passer au-dessous des tendons de l'abducteur et des long et court extenseurs du pouce ; l'artère palmaire descendait en dedans et en avant du ligament annulaire. On pouvait également voir l'origine de l'artère palmaire superficielle exactement sur le bas de la tumeur. »

Le trajet de deux artères croisant la tumeur dans des directions différentes, explique la pulsation générale. La disparition de la tumeur sous la pression a pour cause le passage de la matière qu'elle contient dans la gaîne du long fléchisseur du pouce (J. Burne, *Journal de Méd. et de Chir. d'Edimbourg*, vol. VII, p. 263, 1324).

Dupuytren, dans une de ses cliniques (M. Rognetta, *Gazette médicale*), après avoir successivement posé le diagnostic possible d'un lipôme ou d'un ganglion, à propos d'une petite tumeur siégeant sur l'éminence thénar, présentant une fluctuation obscure, sans changement de couleur à la peau ; et après avoir conclu à l'existence d'un lipôme, incisa la tumeur qui se trouva constituée par *une tumeur érectile artérielle* et donna une abondante hémorrhagie.

M. Foucher a fait voir à la Société anatomique (mai 1852) le doigt indicateur d'un homme qui offrait sur la face antérieure de la gaîne fibreuse, au niveau de la deuxième phalange, une petite tumeur qui lui sembla de nature érectile, et qui en effet, examinée par M. Lebert, fut trouvée formée à sa surface par des veines dilatées et dans l'intérieur par un tissu grenu rougeâtre, paraissant composé de vaisseaux dilatés. Au microscope, on y trouva des éléments graisseux entourés de capillaires ; et sur le trajet de ces vaisseaux, de petits sacs qui constituaient autant d'anévrysmes véritables.

L'observation de M. Foucher ne fait qu'indiquer la possibilité d'une erreur de diagnostic avec un kyste, mais elle

ne nous dit pas si l'erreur a été commise pendant la vie. Elle nous paraît se rapporter à un cas de *tumeur érectile veineuse*, et nous comprenons plus facilement une erreur dans cette circonstance, que dans celle de Dupuytren où il s'agit d'une *tumeur érectile artérielle*.

Ces dernières, en effet, sont habituellement plus superficielles, offrent des caractères plus tranchés que les secondes situées plus profondément, sans battements, sans changement de coloration de la peau lorsque celle-ci a une certaine épaisseur ; c'est sans doute à l'épaisseur des téguments de la paume de la main que fut due l'erreur de Dupuytren. *A priori*, nous pensons que les tumeurs érectiles veineuses se distingueraient des kystes par une gêne moins grande apportée dans les mouvements qui, de leur côté, leur imprimeraient des changements moins considérables qu'aux premiers ; par une diffusion de la tuméfaction ; enfin par leur accroissement soit dans les efforts, soit à la suite de la position déclive prolongée imposée aux parties.

Ces sortes de tumeurs sont beaucoup plus rares que les kystes : toujours est-il que le chirurgien doit être prévenu de leur existence possible.

Quant à l'observation de Burne, les détails très-précis qu'elle renferme sur les causes d'erreur du diagnostic, nous dispensent de la commenter.

Tenant le milieu entre les tumeurs solides et les tumeurs liquides, nous citerons le cancer encéphaloïde et le développement de fongosités. Ces deux affections peuvent, en effet, présenter la sensation de fluctuation à un haut degré ; les erreurs fréquentes commises dans d'autres régions à propos d'affections de cette nature, ne nous permettent pas de poser certainement leur diagnostic différentiel local de celui du ganglion ; nous nous bornerons à remarquer que dans le cas où le cancer ramolli arrive à pouvoir être con-

fondu avec une tumeur liquide, il a dû se traduire par des signes généraux suffisants pour le faire reconnaître.

Nous pouvons en dire autant des *gommes* ou nodus syphilitiques.

Les *névrômes* se développant sur le trajet de tous les nerfs, pourront aussi apparaître à la main et au poignet ; si d'une part, leur siége, leur forme, leur volume, leur consistance les rapprochent par quelques points des kystes, les douleurs spéciales très-vives qui les accompagnent suffiront pour les faire distinguer de ces derniers.

Les *lipômes*, assez rares à la paume de la main, ont pu néanmoins être confondus avec les kystes ; ils ont, en effet, une évolution analogue : mais s'ils apportent aussi de la gêne dans les mouvements, ils n'occasionnent pas de douleur ; ils sont, en général, plus étalés à la main du côté palmaire que les kystes ; cependant les erreurs commises par des praticiens habiles nous donnent peu de confiance dans le diagnostic de ces tumeurs, par les symptômes extérieurs, et nous nous en rapporterions plus sûrement à une ponction exploratrice, la plupart du temps sans danger.

C'est à la ponction exploratrice, en effet, qu'on doit avoir recours dans les cas indécis de tumeurs pleines ou liquides ; mais elle seule ne pourra nous éclairer sur la nature différente des tumeurs hématiques concrétées, des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques, des tumeurs tendineuses et osseuses.

Les *tumeurs hématiques* sont bien quelquefois précédées d'ecchymose ; mais ce phénomène peut manquer : *les tumeurs fibroïdes* ou les *tumeurs* osseuses ont bien, la plupart du temps, une large base ; mais la poche qui enveloppe le ganglion, en contractant des adhérences aux parties sous-jacentes, pourra en imposer par les mêmes caractères. C'est donc à l'incision de ces tumeurs qu'il faudra recourir pour avoir le secret de leur composition : hâtons-nous de le dire,

en anticipant sur le traitement, l'incision elle-même, jointe à l'extirpation, est une des méthodes opératoires les plus rationnelles à mettre en usage, pour ceux de ces kystes à parois épaisses, laissant place au doute dans l'esprit des chirurgiens.

Les faits ne manquent pas à l'appui de notre opinion : sans parler de l'observation déjà citée de M. Maisonneuve, où l'extirpation même fut insuffisante, et où le chirurgien fut obligé d'inciser la tumeur enlevée pour reconnaître un kyste ; nous pouvons donner la suivante où furent émises trois opinions différentes :

« M. X..., officier aux grenadiers de la garde, après avoir subi, il y a quatre ans, une pression considérable de la main droite, par les deux mains réunies d'un de ses amis, vit se développer quelques jours après, sur le côté latéral interne du médius, une tumeur qui, en très-peu de jours, acquit le volume d'une grosse aveline. Depuis la constriction que sa main a subie, M. X... n'a éprouvé aucune douleur ; il n'a réclamé les secours de la chirurgie que parce que sa tumeur le gêne dans le rapprochement des doigts, et qu'il lui a semblé qu'elle gagne la paume de la main.

Une ponction faite par un chirurgien, l'année dernière, avec une aiguille fine et acérée, ne donna issue à aucun liquide ; c'est le seul renseignement que le malade puisse nous donner sur cette petite opération.

Nous fûmes appelé à le voir, le 4 avril 1857, avec quelques autres chirurgiens. On entrevit la possibilité d'une *enchondrôme*, d'une *tumeur hématique* ou d'un *ganglion*, dernière opinion qui prévalut. »

Il est facile de rapprocher de ce fait qu'une nouvelle ponction exploratrice n'a pas encore élucidé le fait suivant, recueilli à la clinique de M. le professeur Velpeau (20 novembre 1855), dans lequel la situation de la tumeur avait quelque analogie avec celle de la précédente :

« Un jeune homme, jouissant d'une bonne constitution, quoique pâle, entre à la Charité, portant au côté externe de la phalange du médius droit une tumeur de la grosseur d'une noix ; elle a débuté vers l'âge de quatre ans et a eu un développement lent, insensible ; la cause est inconnue. Elle est lisse, sans bosselures, indépressible et indolente ; la peau est à peine rosée et glisse librement sur elle. On constate qu'elle adhère profondément à la phalange par la base. Jamais elle n'a fait souffrir le malade, qu'elle ne gêne que mécaniquement. Quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital, M. Velpeau pratique la désarticulation métacarpo-phalangienne, et l'examen de la tumeur montre qu'il s'agit évidemment d'un enchondrôme. »

Dans ce cas, un diagnostic précis avait été porté : mais voici une erreur confirmée de diagnostic qui m'a été communiquée par M. Gosselin.

« Une dame portant une tumeur sur la face palmaire de la première phalange de l'indicateur droit fut adressée de la province à ce chirurgien, comme atteinte d'un kyste synovial. Il adopta aussi cette idée, malgré le siége inusité du mal, qu'il tenta d'opérer par la ponction et les incisions multiples sous-cutanées ; s'étant aperçu qu'il pénétrait dans une tumeur solide, il la fragmenta immédiatement sans retirer son instrument, et établit sur la partie une compression sous laquelle elle parut s'affaisser ; mais il a appris depuis que la malade avait dû se soumettre à l'amputation du doigt, le mal ayant récidivé. »

On pourrait encore confondre avec des kystes des tumeurs appartenant aux tendons ou peut-être à la paroi interne et engaînante de la bourse synoviale dont M. Nélaton (Clinique, 1855) a rencontré deux cas. Nous ne citerons que le suivant, où l'exposé très-clair de l'affection suffit pour donner le diagnostic différentiel.

« Une femme, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital

de la Clinique, pour se faire guérir d'une gêne qu'elle éprouve au pouce et à l'annulaire de la main droite. C'est une femme d'une constitution lymphatique, mère de cinq enfants. Il y a huit ans qu'elle s'est aperçu que les mouvements de l'annulaire et du pouce n'étaient pas libres. Cette gêne a augmenté depuis six semaines, et les mouvements sont devenus douloureux. Le médecin, consulté par la malade, crut reconnaître une affection rhumatismale; malgré le traitement indiqué par le praticien, le mal persiste. La main n'offre point d'altérations appréciables à la vue. Mais lorsque tous les doigts de la main droite sont fléchis, si la malade veut les étendre, le mouvement d'extension se fait bien, excepté pour l'annulaire et le pouce; pour ces derniers, le mouvement d'extension commence à se faire jusqu'à un certain degré, puis s'arrête tout à coup. Si la malade persiste à contracter les extenseurs, ou si avec l'autre main elle vient en aide aux doigts malades, il se fait un mouvement brusque de *ressort*, comme si un obstacle venait d'être franchi; l'extension devient alors complète.

On observe le même phénomène pendant la flexion.

En explorant attentivement la main, on constate la présence d'un corps du volume d'un petit pois, situé à la base de chacun de ces deux doigts, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et sur le trajet des tendons fléchisseurs. Les corps sont lisses et présentent la consistance d'un cartilage; ils roulent sous le doigt qui les presse. Pendant les mouvements d'extension et de flexion, on sent les corps se déplacer, puis s'arrêter, et si l'effort continue, exécuter un mouvement brusque et rapide, comme s'ils venaient de franchir un obstacle. D'après l'opinion de M. Nélaton, les corps siégeraient dans la gaîne des fléchisseurs, et seraient analogues aux corps flottants des articulations; ils seraient le résultat d'une inflammation et d'un épaississement du tissu cellulaire sous-synovial, qui se rétrécit sur

un point et s'isole. L'obstacle que ces corps rencontrent pendant les mouvements des doigts est constitué par les arcades fibreuses qui siégent sur la face palmaire des doigts. Quand le doigt commence à se fléchir, le corps roulant éprouve une difficulté à passer sous l'arcade fibreuse ; cependant l'effort continuant, le corps s'engage sous cette arcade et la franchit rapidement.

Que faire pour combattre une semblable affection ? M. Nélaton a employé des résolutifs locaux ; alcool, eau-de-vie camphrée : des vésicatoires volants fréquemment répétés, tels sont les moyens qui furent mis en usage chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente. La malade a pu quitter l'hôpital, sinon guérie, tout au moins bien soulagée et capable de reprendre ses travaux d'aiguille momentanément interrompus. Si ces moyens étaient impuissants devrait-on recourir à la section sous-cutanée de l'arcade fibreuse? Exciser le tubercule attenant au tendon ? Ou même arriver à l'amputation du doigt ? »

Des tumeurs fibreuses formées aux dépens des gaînes des fléchisseurs des doigts, ont été rencontrées aussi par M. le professeur Nélaton, et décrites par son neveu.

« Un jeune Espagnol d'une quinzaine d'années, bien portant du reste, est affecté de trois petites tumeurs échelonnées sur la face palmaire de l'annulaire gauche, et dont le début remonte à quelques mois. Ces trois tumeurs sont sous-cutanées, indolentes, résistantes au toucher ; elles n'entravent pas encore les fonctions du doigt. La plus volumineuse atteint à peine la grosseur d'une noisette et se trouve située au niveau de la première phalange ; elle paraît avoir une certaine mobilité sur les parties profondes, mobilité cependant incomplète et probablement trompeuse.

» Les deux autres tumeurs se trouvent l'une au-devant de la deuxième phalange, l'autre au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, et paraissent l'une et l'autre évi-

demment mobiles, roulant sous la peau. Cette mobilité est indépendante des mouvements des tendons fléchisseurs.

» M. le professeur Nélaton, décidé à pratiquer l'ablation de ces singulières tumeurs, et voulant d'un autre côté rendre l'opération aussi simple que possible, éviter les délabrements trop étendus, se propose de la pratiquer en deux fois.

» Une première fois, il enlève avec facilité, à la faveur de deux petites incisions longitudinales, les deux tumeurs mobiles assez éloignées l'une de l'autre.

» Quelques semaines après (8 juin 1856) la cicatrisation étant achevée, il procède à l'ablation de la troisième tumeur, après une incision longitudinale de la peau, de 2 à 3 centimètres.

» Cette seconde opération fut plus délicate et assez difficile, à cause de l'adhérence intime de la tumeur à toute la portion fibreuse de la gaîne tendineuse, qu'il fut complétement impossible d'épargner, et que l'on dut ouvrir largement en mettant à nu le tendon, sous peine de ne pas enlever toute la tumeur. On rapproche à l'aide du sparadrap, les deux lèvres de la plaie, au-devant du tendon dénudé, et l'on soumet le doigt à une irrigation continue.

» Disons de suite que malgré la dénudation des tendons, la cicatrisation s'opéra en quelques jours et sans compromettre les mouvements du doigt. Aujourd'hui, plus de trois mois après l'opération, les mouvements s'opèrent facilement, les usages des tendons sont entièrement recouvrés; il n'y a pas d'apparence de récidive.

» La tumeur examinée à l'œil nu est d'un gris rosé, offre une surface lobulée bien circonscrite, nullement adhérente au tégument, fortement adhérente, au contraire, à la portion de gaîne synoviale qui a été enlevée avec elle, et dont la surface, parfaitement lisse, est facilement reconnaissable. Il est aisé de reconnaître également que la production morbide était tout extérieure à la gaîne tendineuse, et ne

pénétrait nullement dans la cavité. Sa consistance est à peu près celle du tissu musculaire.

» *Examen de la structure intime du tissu.* — Ce tissu est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire, écartées les unes des autres, non réunies en faisceaux, si ce n'est par places en certains points de la surface de la tumeur. Par rapport à la masse de la tumeur, cette trame ne représente guère environ que le huitième du tissu morbide. Des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent les portions de tissus placés sous le microscope. La moitié environ de la masse du tissu est composée de noyaux fibro-plastiques, sans cellules proprement dites de cette espèce. Tous les noyaux étaient ovoïdes, allongés; la plupart manquaient de nucléoles, etc. (*Gaz. des hôpitaux*, 16 septembre 1856). »

Je passe les autres détails d'anatomie microscopique pour dire que la tumeur fut considérée comme une tumeur fibroplastique. Si de ces faits nous rapprochons encore celui de M. Velpeau, cité dans la partie anatomo-pathologique de ce travail, nous arrivons à conclure que l'opération sanglante est dans ces cas le seul moyen d'arriver au diagnostic précis.

Diagnostic du contenu. — Alors que par un examen attentif, on aura acquis la conviction que c'est un ganglion qu'on a sous les yeux, sera-t-il possible d'annoncer à l'avance la nature du liquide qu'il contient? On peut répondre en général par l'affirmative; c'est le liquide dont nous avons déjà donné les caractères : cependant on ne pourra trop rien préciser sur sa consistance, qui varie avec l'ancienneté des kystes; il en sera de même de la présence des corpuscules hordéiformes, qui dans une poche unique, tendue, épaisse, résistante, ne se révèle pas aussi facilement que dans les tumeurs enkystées des gaînes carpiennes, à propos desquelles nous reviendrons sur ces corpuscules, moins fréquents dans ceux-là que dans celles-ci.

Peut-être convient-il de dire un mot sur les productions cornées qui peuvent se développer à la surface de ces kystes : M. Maisonneuve a présenté à la Société de chirurgie (1er octobre 1845) un kyste d'un aspect remarquable, extrait de la face palmaire du cinquième doigt de la main droite sur une blanchisseuse qui le portait depuis cinq ans. Il s'était développé sur la tumeur une espèce d'*œil de perdrix* qui s'était ulcéré quelques jours avant l'opération. Était-ce là une bourse muqueuse comme il s'en développe quelquefois au-dessous des cors, ou bien véritablement un kyste?

Le *Pronostic* des ganglions est très-rarement grave, même lorsqu'ils sont très-volumineux. Il faut ici distinguer les kystes synoviaux dont la communication avec la synoviale persiste, par une ouverture plus ou moins large, et les kystes devenus libres; de plus il faut tenir compte de leur origine, à savoir : s'ils appartiennent ou ont appartenu à une synoviale articulaire ou tendineuse; il est évident, dans les deux ordres, que les premiers exposent davantage les malades à des accidents que les seconds.

Ces kystes s'enflamment quelquefois et arrivent à suppuration, en parcourant toutes les périodes de ce travail morbide ; le plus souvent ils s'enflamment sans grand appareil de réaction soit locale soit générale; les traitements, dirigés contre eux, amènent beaucoup plus souvent ce résultat que leur évolution spontanée. La terminaison peut en être simple, ou donner lieu à des accidents assez graves retentissant dans les parties plus ou moins en rapport avec la tumeur, et selon la plupart des pathologistes se traduisant par des arthropathies ou des ulcères de mauvaise nature et de longue durée.

En voici un exemple, observé à la clinique du Val-de-Grâce.

« *Kyste synovial de la main droite* siégeant à la face dorsale, vers le niveau des deux premiers métacarpiens et du trapèze, développé à la suite d'une contusion (par le choc du fusil); ponction, écoulement synovial, inflammation consécutive, amélioration.

Val-de-Grâce. M. Larrey, salle 28, n° 28. Gigon (Jean), fusilier au 44e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 17 juillet 1852.

Ce malade, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, de constitution peu vigoureuse, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, faisait le 1er juin l'exercice du fusil, lorsque celui-ci lui échappa et lui tomba sur le dos de la main : c'est le chien qui porta. La douleur fut à peine sensible ; Gigon continua l'exercice ; mais, quelques jours après, une légère tuméfaction se prononça, indolente, sans changement d'état de la peau; cette tumeur augmenta, et, un mois après l'accident, le malade déclara son mal au médecin.

1er juillet. — Des cataplasmes sont appliqués pendant 10 jours ; la tumeur diminue, le malade reprend son service ; mais au bout de quelques jours, la même tumeur, qui n'avait pas entièrement disparu, revient ; Gigon alors entre à l'hôpital, 6 semaines après l'origine de l'accident.

17 juillet. — Nous trouvons sur la région dorsale du poignet droit, au niveau du trapèze, une tumeur molle, fluctuante, hémisphérique, de la grandeur d'une pièce de 2 sous, sans changement d'état de la peau, indolente, ne diminuant point par la pression, non mobile ; la flexion des doigts se fait comme à l'ordinaire, celle du poignet de même.

Jamais il n'y eut de véritable douleur, point d'élancements dans la tumeur.

Quelle en est la nature? ce n'est point un phlegmon suivi d'abcès ; c'est un kyste synovial.

Vésicatoire permanent.

22 juillet. — Point de changement. — Suppression du vésicatoire. Cataplasme.

1er août. — Point de changement dans la tumeur. Œdème du dos de la main : la pression du doigt persiste quelque temps.

3 août. — Ponction de la tumeur : issue d'un pus séreux, gélatiniforme, de couleur jaunâtre ; la poche vidée, la plaie est fermée exactement ; pansement simple.

4 août. — Le linge à pansement est taché par un liquide de même nature que celui de l'évacuation d'hier.

5 août. — La matière à laquelle l'ouverture donne issue prend un aspect purulent ; œdème sensible de la main. Continuation du pansement simple, du repos complet et de la position du membre sur un plan incliné.

13 août. — La tuméfaction de la main a peu diminué ; la plaie continue à verser du pus en assez grande quantité.

27 août. — État stationnaire ; rien à noter.

4 septembre. — On enveloppe les doigts et la main d'un gantelet en réservant le point correspondant à l'orifice de la tumeur.

12 sept. — Le gantelet étant enlevé, on trouve la main peu tuméfiée, mais la tumeur davantage en saillie ; aucun nouveau symptôme ; suintement par la petite plaie d'un liquide séro-purulent ; les mouvements de la main sur l'avant-bras sont un peu difficiles. — Réapplication d'un gantelet.

24 sept. — Le gantelet a été enlevé, il y a quelques jours ; on ne constate absolument aucun changement dans l'état de la main.

5 oct. — Peu d'amélioration, état stationnaire.

20 oct. — État stationnaire ; application d'un moxa.

2 nov. — Amélioration notable ; diminution progressive de l'engorgement qui tend à se limiter à la région du poignet.

3 nov. — Même état de la main, seulement depuis

2 jours le malade se plaint d'une douleur située à la partie supérieure et externe de la cuisse, au-dessus du grand trochanter, mais non à son niveau. L'existence de la tumeur synoviale de la main ferait croire au développement d'une tumeur de même nature dans ce point. Cette tumeur est recouverte par la peau qui est normale. Elle est située au devant du grand trochanter, au niveau du bord antérieur du grand fessier; la fluctuation est manifeste : de plus, au niveau de la crête iliaque, à la partie antérieure, existe une autre petite tumeur, circonscrite, offrant aussi une fluctuation manifeste.

La première est ponctionnée et donne issue à du pus phlegmoneux, mais comme délayé dans un liquide visqueux et blanchâtre, comme, par exemple, dans du sirop d'orgeat; la quantité de pus est considérable (environ 2 onces). L'incision est agrandie avec le bistouri : avec les pinces à pansement on enlève quelques lambeaux d'un tissu formant évidemment un kyste (pansement avec une mèche; compression avec un spica).

4 déc. — La petite tumeur, située au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, est devenue phlegmoneuse et la fluctuation y est très-sensible : incision dans ce point; issue de pus phlegmoneux bien lié.

Rien de particulier à noter les jours suivants. Les deux incisions à la fesse et à la hanche gauche sont complétement guéries; reste l'affection de la main à peu près au même point.

Depuis le 17 décembre, le malade est soumis à l'huile de foie de morue, à la dose de 10 grammes, concurremment avec le vin de quinquina et en continue l'usage sans interruption jusqu'au 1er février.

Amélioration progressive.

Le 14 février, le malade demande et obtient sa sortie. La tumeur située sur la fesse gauche est complétement

guérie, celle de la main est considérablement diminuée. »

Ces cas sont assez rares quand on ne touche pas aux ganglions, et sur le plus grand nombre des sujets, les tumeurs restent stationnaires pendant la durée de la vie entière.

On en a vu disparaître sans cause très-appréciable pour ne plus revenir, et nous devons le fait suivant à l'obligeance d'un de nos collègues, M. le docteur Baizeau.

« M. X., officier au 61e régiment, se tordit le pied en faisant un faux pas : il éprouva une vive douleur sur le moment, et le soir même, en se couchant, il remarqua sur le dos du pied, au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, une petite tumeur arrondie, lisse, dure, indolente, de la grosseur d'une aveline. Après avoir employé sans succès un grand nombre de pommades sur sa tumeur, et essayé même vainement de l'écraser, M. X. ne s'en occupa plus. Quatre ans après, au sortir d'un bain, avant lequel M. X. avait constaté la présence de sa tumeur, il s'aperçut qu'elle avait disparu *toute seule* et ne la vit plus revenir. Malgré le dire du malade, nous pensons qu'amincie sans doute par la pression continue de la chaussure, l'enveloppe du kyste a cédé et laissé passer dans le tissu cellulaire, le liquide disséminé rapidement sous l'influence du bain. »

En analysant les observations de Platner et de M. H. Larrey, nous avons exprimé notre pensée sur les tumeurs cancéreuses ou autres se développant à l'occasion de ganglions : rien n'empêche en effet que le cancer ou le tissu fibro-plastique envahisse le ganglion, mais ce n'est pas là pour ces affections une cause d'apparition, une *épine* en un mot, comme on pourrait être disposé à le croire.

Le Traitement des kystes synoviaux ganglionnaires compte un nombre considérable de moyens d'action qui tous ont réussi un certain nombre de fois.

Nous ne parlerions pas du traitement interne de ces kystes,

si Laënnec ne lui avait attribué des succès ; nous n'y ajoutons pas plus de confiance qu'au traitement interne dirigé contre les hernies abdominales, et nous ferons remarquer que le sel marin avait été employé, selon le conseil de Laënnec, à *l'intérieur*, mais aussi à *l'extérieur* en bains ou applications locales.

Le traitement des kystes synoviaux est exclusivement externe et se compose des médications extérieures et des opérations.

1° *Médications extérieures.*

Des médications extérieures, il en est un certain nombre qui n'ont amené des résultats satisfaisants que par l'addition d'un moyen plus puissant, la compression, qui a fait à elle seule les frais de la guérison ; telles sont les divers sachets de substances inertes et les corps sans action sur la peau qui ont été maintenus sur le kyste, au moyen de bandes plus ou moins serrées.

Les moyens extérieurs qui, sans le secours de la compression, ont obtenu des succès incontestables, sont assez nombreux ; tels sont les frictions faites pendant un temps toujours très-long avec des pommades mercurielles, iodurées, balsamiques, etc. ; les vésicatoires volants, employés tout d'abord aujourd'hui par la plupart des chirurgiens ; les emplâtres stibiés, les cautérisations transcurrentes et les moxas.

Si ces moyens ont réussi, il faut avouer qu'ils sont aussi souvent restés sans succès ou que leurs résultats n'ont été que passagers.

Entre cette médication et l'opération, se placent la *compression* et les *froissements répétés*, qui ne peuvent agir d'une manière efficace qu'autant qu'il font céder en quelque point les parois du kyste ; ce n'est donc à tout prendre qu'un écrasement produit lentement.

2° *Opérations.*

Les moyens chirurgicaux proprement dits applicables aux kystes synoviaux et qui offrent les chances les plus durables de guérison, sont : *les Opérations sous-cutanées;* et les *Opérations qui exposent à l'air* les parties sur lesquelles le chirurgien a agi.

Opérations sous-cutanées. — *L'écrasement* de la tumeur est de toutes ces opérations, la plus innocente et compte un très-grand nombre de succès : comme toutes les méthodes précédentes, elle ne peut suffire cependant, lorsque, par exception, les kystes contiennent des corpuscules mélangés au liquide. Les conditions de sa réussite sont la situation de la tumeur qui devra reposer sur une partie solide du squelette, être irréductible, fixée ou maintenue immobile par le chirurgien. Au poignet, ces conditions s'obtiennent facilement par la flexion de la main appuyée sur un corps solide comme le bras d'un fauteuil ; les anfractuosités de la face dorsale du poignet disparaissent alors et présentent une surface lisse et arrondie sur laquelle la tumeur est écrasée par une pression brusque et vigoureuse, exercée avec le dos du doigt indicateur fléchi, mieux approprié à cet usage que les pouces : l'interposition d'une feuille de carton, l'usage de l'étau réglé par un dynamomètre, la percussion répétée avec un maillet sont généralement et à juste titre peu usités.

La douleur qui accompagne cette opération est en rapport avec la solidité du kyste. Le liquide passe dans le tissu cellulaire ambiant, est résorbé, et la tumeur peut ne plus reparaître : des récidives cependant ont été observées, et comme adjuvant de l'écrasement on doit le faire suivre d'une compression suffisante pour appliquer les parois du kyste l'une contre l'autre.

La ponction faite à la base d'un repli de la peau, ou après avoir fait glisser les téguments sur la tumeur de manière à détruire la parallélisme de la voie faite par l'instrument, en les abandonnant à eux-mêmes immédiatement après sa sortie, a été indiquée par Léveillé, Boyer et M. Bégin (*Dict. de méd. et chir. prat.*, t. 8, p. 629). Ce dernier chirurgien ponctionne directement le kyste après avoir pris les précautions décrites précédemment, et le vide dans le tissu cellulaire voisin par des pressions ménagées. Cette opération a réussi trois fois entre ses mains en y ajoutant l'immobilité et la compression.

C'était là bien certainement un acheminement vers la méthode sous-cutanée dont Cumin (*Arch. de médecine*, t. XIV, p. 252) indique le manuel opératoire dans son application au traitement des kystes ; avec une aiguille à cataracte, il pénétra obliquement à la base de la tumeur, comme nous verrons M. Chailly le recommander pour la ponction simple, et vida le kyste dans les tissus ambiants.

L'étroitesse de l'ouverture faite à la poche, le peu de réaction qu'elle détermine dans son intérieur, ne suffisant pas pour amener la guérison ou empêcher la récidive, firent recourir aux ponctions multiples dont les résultats ne sont pas plus assurés.

L'incision du kyste fut substituée à ce procédé par M. Barthélemy (*Gaz. des hôpitaux*, 1838) qui fait passer un instrument *sous* la tumeur, et la divise en deux moitiés en retirant l'instrument, le tranchant en haut. Ce procédé a subi quelques modifications entre les mains de MM. Marchal et Malgaigne ; ce dernier fut amené à *multiplier* les incisions dans un kyste multiloculaire, où l'incision simple n'avait pas suffi.

Les injections iodées, employées par M. Velpeau dans le traitement des ganglions (*Mémoire sur les cavités closes*), ont généralement réussi. Leur succès semble dépendre de la na-

ture et des modifications du liquide contenu dans le kyste. Nous reviendrons plus longuement sur ce moyen, à propos des tumeurs enkystées des gaînes tendineuses.

Le séton réduit à la dimension filiforme, a procuré quelques guérisons, mais habituellement achetées au prix d'accidents graves qui ont fait renoncer à son emploi, moins dangereux cependant dans le traitement des ganglions que dans celui des tumeurs enkystées.

Opérations exposant les parties à l'air. — La ponction simple forme la transition des procédés sous-cutanés et des procédés exposant la surface interne du kyste; on peut dire qu'elle n'est, en général, qu'un moyen palliatif; faite au sommet de la tumeur, la compression, nécessaire à la guérison, peut en fermer l'ouverture; c'est pourquoi M. Chailly a proposé de faire cette ponction à la base de la tumeur; elle échappe alors à la compression et permet au liquide de sortir sans obstacle.

L'incision, l'excision, l'extirpation et la cautérisation potentielle pouvant être réunies sous le même chef, nous ne les décrirons pas, et nous allons en discuter la valeur dans l'appréciation générale des moyens de traitement que nous venons d'énumérer.

Appréciation. — Il est avant toutes choses à remarquer que les moyens que nous avons désignés sous le nom de *médications extérieures*, s'ils ne méritent pas grande confiance, sont au moins presque toujours sans dangers. Entre tous, ceux qui ont donné de véritables succès, sont les vésicatoires; moyen d'un emploi facile, qu'on peut répéter souvent par séries et auquel nous pensons qu'on doit avoir recours avant tout autre. Nous n'en dirons pas autant de la cautérisation transcurrente, ponctuée, et des moxas; leur action ne peut être toujours sûrement ménagée; ils peuvent amener dans

les parties une inflammation fâcheuse, et, à la chute des escarres, donner lieu soit à des cicatrices difformes, soit à des plaies difficiles à se cicatriser, ou bien à la perforation de l'enveloppe du kyste ; c'est, du reste, un moyen douloureux, qui effraye ou fatigue les malades, et auquel il n'est pas possible de revenir souvent.

Les opérations sous-cutanées et les ponctions simples sont aussi des moyens sans gravité, mais qui ont un avantage signalé sur les premiers. Nous considérons l'écrasement suivi de la compression comme la meilleure méthode de traitement des kystes synoviaux, toutes les fois qu'ils se trouveront dans les conditions où il sera possible de l'employer. La rupture elle-même, l'extravasation du liquide de la tumeur dans le tissu cellulaire, sont autant de circonstances qui suffisent pour déterminer dans les parties opérées un degré modéré d'excitation favorable à l'accolement des parois de la cavité. Pour ces raisons, nous lui donnons plus de confiance qu'aux différentes ponctions qu'on lui a substituées et dans lesquelles la violence nécessaire à l'écrasement n'existe pas. Néanmoins, ce procédé n'étant pas toujours applicable, si l'on a recours à la ponction, ce n'est pas à un instrument aussi fin qu'une aiguille à cataracte que l'on doit avoir recours ; le contenu du kyste est souvent trop consistant pour trouver dans l'ouverture faite par cet instrument une voie suffisante à sa sortie ; il en est de même des trocarts un peu fins qui s'obstruent facilement : nous donnons la préférence au bistouri étroit sur ces instruments, ou bien au ténotome.

Les incisions sous-cutanées, simples ou multiples, réuniraient d'assez bonnes conditions en leur donnant une certaine étendue, s'il n'était à craindre qu'on n'amenât dans les parties, par ces dilacérations, quelques graves désordres ; ou qu'en divisant quelques filets nerveux, on ne pro-

duisît des douleurs et des pertes de sensibilité pénibles et plus ou moins durables.

L'innocuité des moyens de la troisième catégorie est loin d'être aussi grande que celle des précédents, dont l'application peut être généralisée. L'incision, l'excision, la cautérisation doivent être rejetées du traitement des kystes synoviaux en communication avec les synoviales articulaires, pour lesquels on réservera la compression, l'immobilité, la cautérisation transcurrente et les vésicatoires. Toutes les ponctions des kystes de cette espèce, si elles étaient inoffensives, seraient au moins très-probablement sans résultat. Les injections irritantes et en particulier les injections iodées employées contre l'hydarthrose par MM. Velpeau et Bonnet, de Lyon, avec des résultats heureux, pourraient, après les moyens que nous venons d'indiquer, être mises en pratique avec succès : nous croirions néanmoins plus prudent de s'en abstenir.

Plus applicables aux kystes synoviaux en communication avec les gaînes synoviales tendineuses, l'incision et les opérations du même ordre ne laissent pas cependant de présenter des dangers.

Les kystes synoviaux libres et isolés peuvent être seuls traités de cette manière ; il est néanmoins nécessaire de faire observer que les kystes articulaires seront soumis à plus de chances d'accidents que les kystes tendineux. C'est lorsqu'on a reconnu l'épaisseur considérable des parois de ces kystes, lorsqu'on a pu s'assurer, soit par le toucher, soit par une ponction explorative, qu'ils contiennent un liquide très-consistant ou même des parties solides ; lorsqu'ils ont été plusieurs fois le siége de phénomènes inflammatoires qui ont eu pour résultat de mêler au contenu de nombreux flocons de pus, enfin lorsque, bien franchement enflammés, ils menacent de s'ouvrir, c'est dans ces circonstances que l'incision doit être employée. L'excision ne se pratique qu'autant

que les parois trop épaisses ou que le kyste trop volumineux ne pourraient facilement revenir sur eux-mêmes. L'extirpation est rarement facile, d'autres fois impraticable ; c'est un procédé dangereux en raison des rapports intimes que les parois du kyste peuvent avoir avec les parties sur lesquelles elles reposent : nous ne la croyons indiquée que dans des cas de kystes parfaitement mobiles, elle n'est jamais d'absolue nécessité.

La cautérisation potentielle pénétrante, appliquée aux kystes, semble mettre les opérés à l'abri des accidents consécutifs à l'emploi de l'instrument tranchant; fait confirmatif de la doctrine professée par A. Bérard et M. Bonnet, de Lyon, sur l'innocuité des caustiques. C'est un procédé vulgaire, livré dans quelques contrées aux mains des guérisseurs.

Le caustique, quel qu'il soit, doit être appliqué sur le kyste dans une assez grande étendue lorsqu'il est volumineux, afin de comprendre une notable portion de la poche, dans l'escarre qui se détache avec elle ; les parois restantes reviennent sur elles-mêmes et s'exfolient. M. Payan (*Bull. thérap.*, XXIV) a employé avec succès la cautérisation avec la pâte de Vienne. Nous donnerions la préférence à un caustique à base d'arsenic ou de zinc, pouvant s'incorporer à un emplâtre, agissant plus lentement et donnant lieu à des escarres plus dures, plus longues à se détacher et apportant des modifications plus graduées et plus profondes dans les parties. La cautérisation potentielle a pour inconvénient la lenteur de la guérison et la cicatrice difforme qui lui succède presque toujours. Ce moyen mérite néanmoins d'être conservé en faveur de son innocuité.

Il ne faudrait pas non plus s'exagérer le danger du traitement par l'incision ou l'excision ; s'il est vrai, d'une part, que ces procédés sont plus dangereux que les autres, il faut avouer, d'autre part, que ce sont les seuls avec la cautéri-

sation *pénétrante*, qui procurent les guérisons stables et mettent à l'abri des récidives. Ils ne doivent donc pas être proscrits de la thérapeutique des kystes synoviaux ganglionnaires, mais seulement réservés aux cas où les médications extérieures, les ponctions diverses, les injections irritantes et l'écrasement auraient échoué.

Des tumeurs synoviales enkystées.

Nous entendons par tumeurs synoviales enkystées du poignet et de la main, ces tumeurs formées par l'accumulation de liquide synovial dans les bourses tendineuses normales de ces parties. M. Velpeau les a désignées sous le nom de kystes tendineux, et les a comprises sous deux chefs, 1° tumeurs hydatiformes; 2° tumeurs séro-synoviales ou glaireuses et gélatiniformes. M. Gosselin leur a donné la désignation de kystes hydropiques. M. Michon a conservé pour elles la dénomination de M. Velpeau, celle de tumeurs synoviales à grains hydatiformes (*Thèse de concours*); ce dernier chirurgien semble n'avoir eu en vue que les kystes contenant des corpuscules hordéiformes, désignés par Dupuytren sous le nom de kystes séreux hydatiques du poignet.

M. Bauchet (mémoire cité) adopte pour elles le nom de kystes tendineux, et les divise, comme nous l'avons déjà dit, en quatre classes, selon qu'ils sont *limités* dans une gaîne tendineuse, *étendus* dans une gaîne tendineuse, ou occupant une gaîne *commune* à plusieurs tendons : nous avons, comme on a pu voir, englobé sa quatrième classe, les kystes situés sur une gaîne tendineuse communiquant ou non avec elle, dans nos kystes synoviaux ganglionnaires.

Mais sont-ce bien là de véritables kystes ; et l'accumulation de liquide, dans une gaîne synoviale, doit-elle prendre ce nom, alors que l'augmentation de synovie, dans une articulation, prend le nom d'hydarthrose, alors qu'on donne à l'hydropisie de la tunique vaginale celui d'hydrocèle?

Les gaînes synoviales distendues par la présence d'un liquide, augmenté dans sa quantité, ne méritent pas, à proprement parler, le nom de kystes synoviaux; et ce n'est que lorsque des modifications dans la structure et la consistance de leurs parois, aussi bien que dans leur forme, sont survenues, qu'on peut leur donner le nom de tumeurs *enkystées*. Ce n'est là d'ailleurs qu'une question de mots, à laquelle nous n'attachons pas une grande importance; il nous suffira de rappeler que les kystes hydatiques de Dupuytren, les kystes tendineux de M. Velpeau, les kystes hydropiques de M. Gosselin, les tumeurs synoviales hydatiformes de M. Michon et les tumeurs synoviales enkystées, désignent une seule et même affection.

A l'exemple de M. le professeur Velpeau, nous distinguerons ces tumeurs, en tumeurs séro-synoviales, et en tumeurs avec grumeaux hydatiformes. Les unes et les autres se développent dans les mêmes organes, et ne diffèrent que par la présence ou l'absence de ces petits corps, sur la nature desquels nous nous sommes étendus longuement dans l'anatomie pathologique. Elles ont pour siége exclusif, à l'encontre des ganglions le plus souvent périarticulaires, les bourses muqueuses des tendons du poignet et de la main. Ces bourses nombreuses peuvent être, comme nous l'avons dit, classées en bourses synoviales dorsales, et en bourses synoviales palmaires : les premières, moins intéressantes que les secondes, sur la disposition desquelles s'est exercée l'habileté des anatomistes, mais aussi moins souvent affectées de la maladie qui nous occupe. C'est presque toujours dans toute leur étendue que ces gaînes sont envahies; il peut arriver néanmoins que des loges et des cloisons anormales ou accidentellement développées, limitent l'épanchement synovial à une certaine partie de leur cavité. On rencontre des loges anormales dans les dissections, et nous les avons

signalées; les loges accidentellement développées peuvent résulter de la maladie elle-même.

Occupons-nous d'abord des *Tumeurs synoviales du dos de la main et du poignet.* Elles peuvent siéger dans la gaîne de l'extenseur propre du petit doigt, dans la gaîne commune des extenseurs, dans celle des radiaux, du long extenseur du pouce, et dans la gaîne commune au court extenseur et au long abducteur de ce doigt. Assez rares en général, c'est surtout dans la gaîne des extenseurs communs qu'elles ont été rencontrées; ce fait s'explique par la présence dans cette gaîne des méso-tendons, *retinacula* de Koelliker, qui ne permettent pas de mouvements exagérés, sans exercer quelques tiraillements.

L'excellente thèse de M. Michon sur les tumeurs synoviales du poignet et de la main, ne rapporte que deux exemples de ces tumeurs dorsales, dont nous avons été assez heureux pour trouver trois nouveaux cas, tous postérieurs à ce travail.

« Kyste synovial de la face dorsale de la main gauche (*M. H. Larrey. — Val-de-Grâce.*)

Suter, Chrysostôme, fusilier au 32e de ligne, âgé de 30 ans. Entré le 10 juin 1854.

Cet homme, doué d'une bonne constitution, raconte qu'il y a vingt jours, au Gymnase, il a fait, en sautant le cheval de bois, une chute sur la paume des mains. Il en est résulté une douleur dans la main droite qui a retenti surtout à la face dorsale et a persité pendant cinq jours sans produire de tuméfaction.

C'est alors qu'a paru sur la face dorsale de la main, une tumeur de forme triangulaire et limitée exactement par le trajet du second et du cinquième tendon extenseur, ayant son sommet au niveau de l'articulation du poignet, et sa base à égale distance du poignet et des doigts. Cet homme ne souffrant plus, ne s'inquiétait pas de son mal,

et l'a ainsi gardé pendant une quinzaine de jours, tout en continuant son service; la tumeur augmentant par la fatigue, diminuant par le repos. Le mouvement du poignet seul était gêné.

Entré le 10 juin. La tumeur est trouvée telle que nous l'avons décrite; fluctuante, suivant le mouvement des tendons, et développée dans leur gaîne. Compresses d'eau blanche.

14 juin. La compression et l'eau blanche ne produisant aucun effet, vésicatoire.

16 juin. Le premier vésicatoire n'ayant rien produit, un second vésicatoire est appliqué.

17 juin. Au pansement du vésicatoire le liquide du kyste, filant et transparent, s'écoule au dehors, mais pas dans sa totalité. Toutefois la diminution de la tumeur est très-sensible.

19 juin. Un troisième vésicatoire donne issue à une nouvelle quantité de liquide. Pansement simple.

La diminution est progressive jusqu'à la disparition complète de la tumeur, qui est constatée le 25.

Le rétablissement des mouvements est complet. Le malade demande à sortir, et sort le lendemain, 26 juin 1854. »

C'est là un exemple d'hydropisie véritable de la bourse synoviale, commune aux extenseurs, et remarquable par la perforation de la tumeur, la simplicité des moyens de traitement et la rapidité de la guérison qui eut lieu en quinze jours, et que le peu d'ancienneté de la maladie a favorisée.

Le second cas ne nous présente pas l'exemple d'une guérison aussi prompte, ni aussi bien confirmée; le malade a été perdu de vue, après un séjour de six semaines à l'hôpital.

« Kyste synovial à la face dorsale de la main gauche.

Dix-sept mois d'invasion, aucune cause connue. Siége

dans la gaîne du deuxième tendon de l'extenseur commun. Volume de la moitié d'une noix. Commencement de résolution sous l'influence des vésicatoires (*M. H. Larrey. — Val-de-Grâce.*)

Marthes (Étienne), grenadier au 38e de ligne. Entré le 11 avril 1853.

Au mois de décembre 1851, ce militaire a vu survenir un peu au-dessus de l'articulation dorsale du médius avec le métacarpien une petite tumeur, aplatie, circulaire, indolore, sans changement de couleur ni amincissement de la peau. Cependant il continua son service, et dans l'espace de quatre mois elle acquit le volume qu'elle présente aujourd'hui. Ce volume est celui de la moitié d'une grosse noix, mais un peu déprimée vers son centre ; les caractères indiqués plus haut existent également. La pression détermine un peu de douleur à la partie interne de la tumeur près de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire. Dans la paume de la main il existe symétriquement à celui-ci un point légèrement douloureux. Les mouvements des doigts sont parfaitement réguliers et indolores ; la flexion du médius est un peu bornée ; le tendon extenseur du même doigt est plus saillant qu'à l'état normal, et cependant c'est à son niveau qu'existe une dépression dans la tumeur. La consistance de celle-ci, qui s'étend surtout vers la partie externe de la région indiquée, est dure, mais élastique, surtout vers les parties latérales, et semble faire corps avec le tendon. M. Larrey diagnostique un kyste synovial de la gaîne du deuxième tendon de l'extenseur commun des doigts.

16. On appliquera sur la tumeur un vésicatoire, que l'on fera suppurer quelques jours.

Après dix jours, on peut constater un léger affaissement de la tumeur qui paraît élargie.

28. Application d'un second vésicatoire.

4 mai. Résolution commençante : nécessité d'un repos prolongé de la main. Congé de convalescence de trois mois.

On fait sur la tumeur quelques frictions mercurielles, remplacées par un emplâtre de Vigo cum mercurio qu'on laisse à demeure.

17. Affaissement et élargissement de la tumeur. Le malade a reçu un congé de trois mois, et sort. »

L'observation suivante présente un assez grand intérêt, au point de vue de l'étiologie, du siége et de la marche de la tumeur; elle nous fait constater la lenteur de la guérison entravée par des accidents de nature grave.

« Kyste synovial de l'extenseur du pouce de la main gauche.

Suppuration abondante. Arthropathie consécutive du poignet. Foyers purulents multiples, et ulcérations fongueuses succédant à leur ouverture. Accidents inflammatoires graves. Amélioration sous l'influence de la position, et de cautérisations superficielles répétées. (*M. H. Larrey. — Val-de-Grâce.*)

Bertrand (Jean), fusilier au 9e de ligne, âgé de 23 ans. Entré le 12 juin 1853.

Depuis cinq mois cet homme ressentait des douleurs sourdes vers la main, spécialement au niveau du premier espace inter-métacarpien, lorsqu'il y a un mois il a constaté un peu de gonflement, puis de la rougeur dans ce point. Ce malade est cordonnier, et c'est surtout pendant son travail qu'il souffrait davantage. Ce fait, du reste, s'explique parfaitement par la pression que le fil ciré exerce sur les commissures interdigitales des pouces, dans l'effort de traction que font les cordonniers pour coudre.

Aujourd'hui on constate de la tuméfaction avec teinte rosée de la peau, et un peu de douleur à la pression, à la racine du pouce gauche, s'étendant à la partie externe de

la main. Les mouvements du poignet et des doigts, spécialement du pouce, sont difficiles, bornés et douloureux.

Il y a eu un ganglion de la gaîne de l'extenseur du pouce, et inflammation consécutive de la poche kystique; on constate un peu de fluctuation dans un point limité sur le trajet de l'extenseur du pouce avec empâtement des parties voisines.

25. M. Larrey fait l'ouverture *du kyste* d'où s'écoule un liquide séro-synovial filant, mêlé d'une petite quantité de pus. Cataplasmes.

27. L'exploration de la poche, pratiquée à l'aide du stylet, ne fait constater aucune dénudation osseuse, mais on trouve le tendon extenseur à nu dans une assez grande étendue.

On pénètre environ à 2 centimètres. Il s'écoule une petite quantité du liquide signalé précédemment.

29. On appliquera sur toute la surface de la main, excepté sur l'ouverture fistuleuse une couche d'enduit emplastique de M. Robert Latour.

1er juillet. L'application d'enduit agglutinatif n'a pas eu lieu. On a employé les compresses imbibées d'eau froide. Le gonflement est diminué, il y a un mieux notable, les mouvements du poignet sont un peu plus libres, mais ceux de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce sont impossibles.

13. État stationnaire. Gonflement modéré. Écoulement séro-purulent peu abondant par l'ouverture fistuleuse qui présente un bourrelet de bourgeons charnus, saignants et mollasses.

27. — Il est survenu un gonflement considérable du poignet, avec rougeur et sensation de fluctuation en dehors de l'articulation. Une incision donne issue à une petite quantité de sang mêlée de pus. Douze sangsues; position élevée de la main sur un plan incliné.

2 août. — Les accidents inflammatoires se sont en partie calmés, mais le gonflement péri-articulaire est toujours très-marqué. Les mouvements volontaires du pouce et du poignet sont impossibles. Les mouvements communiqués peuvent être exécutés dans une certaine étendue.

6. — Il est survenu un mouvement fébrile intense, en même temps que de nouveaux phénomènes inflammatoires vers le poignet. Les douleurs sont vives, le gonflement a beaucoup augmenté. On soumet la partie malade aux irrigations continues d'eau froide.

12. — On suspend les irrigations. Les accidents inflammatoires se sont calmés. La main est dans une abduction marquée permanente. Fomentations froides.

16. — Gonflement énorme s'étendant surtout à la partie inférieure du poignet, dont la peau offre une vive rougeur, avec deux points fistuleux fournissant une certaine quantité de pus. Cette tuméfaction s'étend à toutes les parties voisines et même au dos de la main. Les douleurs sont très-vives à la moindre exploration. M. Larrey pratique quelques petites incisions à la face palmaire du poignet, de façon à favoriser l'écoulement du pus et le dégorgement des parties. Il est survenu une arthropathie secondaire du poignet. Compresses d'eau froides. Position de la main dans le repos sur un plan incliné élevé.

19. — Les accidents inflammatoires se sont amendés, quoique la tuméfaction soit encore très-considérable. La main conserve sa position déviée en dehors. Les mouvements volontaires sont impossibles.

14 septembre. — Le gonflement de l'articulation a beaucoup diminué, il n'existe plus de rougeurs qu'en un point circonscrit au niveau du pli articulaire, à la face externe et palmaire du poignet. On trouve à ce point de la fluctuation, ainsi que vers le milieu de la région dorsale; deux incisions pratiquées donnent issue à du pus bien lié en assez

grande abondance. Les mouvements volontaires du poignet et du pouce, sont impossibles. Des ulcérations à surface un peu fongueuse, existent à la partie externe et inférieure de l'articulation et donnent une suppuration peu abondante.

15. — On cautérise superficiellement les surfaces ulcérées.

20. — On constate à la partie interne du poignet, un nouveau foyer purulent qui est ouvert. Un décollement de la peau du dos de la main, s'étend à près de 4 centimètres.

4 octobre. — Depuis quelques jours est survenu une amélioration notable; les ulcérations ont été cautérisées deux fois par le fer rouge. La tuméfaction est diminuée surtout vers le dos de la main, et l'œdème des doigts a en partie disparu.

La face palmaire de la main et surtout du poignet, spécialement vers l'éminence thénar, est toujours un peu volumineuse, cependant les ulcérations donnent issue à moins de fluide sanieux.

8. — Nouvelle cautérisation à la surface des points ulcérés.

15. — En voie d'amélioration; on accorde au malade un congé de convalescence de quatre mois. »

Il est à regretter que ce malade ait été perdu de vue.

Les trois observations de M. H. Larrey ont cela de remarquable, que dans aucun des trois cas qu'elles rapportent, il n'existait de corpuscules hordéiformes; dans la seconde, on peut voir que la tumeur bien que développée dans la gaîne du médius, ne la remplissait néanmoins pas tout entière, et qu'une loge spéciale, enkystée, s'était formée vers la racine du doigt.

L'observation consignée par M. Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique* (t. Ier, p. 319), et due à M. Beauchêne, nous fait voir une tumeur renfermant des corpuscules hydatiformes, bien que la crépitation ne soit pas indiquée; elle surprend par la rapidité de la guérison.

« M. Beauchêne fils, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-

Antoine, a eu occasion de voir une tumeur située sur la face dorsale de la main droite, étendue depuis l'articulation de l'avant-bras avec la main jusqu'au milieu du troisième et du quatrième métacarpiens, dont elle recouvrait la face postérieure. Cette tumeur, qui avait la forme de la moitié d'un œuf, gênait beaucoup les mouvements du poignet, et causait même parfois de la douleur. Après avoir inutilement essayé de rompre ce kyste en le comprimant avec les deux pouces, M. Beauchêne y fait une ponction avec une lancette. Il en jaillit d'abord trois ou quatre cuillerées d'une liqueur très-fluide, séreuse, inodore, d'une couleur citrine, et la tumeur s'affaissa sans se vider complétement : ensuite, au moyen d'une légère compression, on en fit sortir non-seulement de la sérosité, mais des débris de membrane et une multitude de corps étrangers qui ressemblaient à des fragments de fibro-cartilage, avec cette seule différence qu'ils étaient un peu moins denses ; leur forme était très-variée ; il y en avait en tout plus de quarante. Après les avoir fait sortir par des pressions réitérées, M. Beauchêne introduisit un stylet dans la cavité du kyste pour irriter ses parois et déterminer ainsi son oblitération. Dès le lendemain l'ouverture était fermée, et les mouvements de la main parfaitement libres. »

L'observation citée par Boyer (t. IV, p. 10, 5e édition), est beaucoup plus complète, et donne des détails précis sur la guérison observée huit ans après.

« M. C..., de Bruxelles, âgé d'environ trente-cinq ans, bien constitué et bien portant, vint à Paris, dans l'année 1813, pour consulter sur une tumeur qui, sans cause connue, s'était formée sur la partie postérieure du poignet et le dos de la main. Il y avait un an qu'elle avait commencé ; ses progrès avaient été successifs et assez rapides : elle s'étendait à plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de l'articulation de la main. Consulté par M. C..., je jugeai que sa tumeur était enkystée et qu'on ne pourrait en obtenir la guérison

qu'en extirpant le kyste, ou en excitant son inflammation et en faisant naître des bourgeons charnus à la faveur desquels ses parois deviendraient adhérentes et sa cavité s'effacerait entièrement. Le séton me parut un moyen propre à remplir cette double intention : je le proposai au malade, qui accepta, et je pratiquai l'opération de la manière suivante : je fis sur chaque extrémité de la tumeur, qui était oblongue, une incision d'un demi-pouce environ; ensuite, après avoir fait sortir par la compression les matières qu'elle contenait, je passai d'une ouverture à l'autre, au moyen d'un stylet à aiguille, une bandelette de linge effilée dont l'usage fut continué pendant un mois, avec l'attention de la tirer chaque jour, comme on fait pour un séton ordinaire. Au bout de ce temps, je cessai l'emploi de la bandelette, et j'exerçai une compression expulsive entre les deux ouvertures qui ne tardèrent pas à se cicatriser; alors la guérison me parut certaine, et le malade retourna chez lui. Mais sa tumeur ne tarda pas à reparaître, et augmenta successivement malgré l'emploi d'un bandage compressif, au moyen duquel on croyait pouvoir s'opposer à son accroissement. Cet accroissement fut tel, qu'au bout de deux ans, quoique la tumeur ne causât aucune douleur et ne gênât ni les mouvements des doigts ni ceux de la main, le malade désirait vivement d'en être débarrassé. Il revint à Paris, et s'adressa de nouveau à moi. Voici quel était alors le volume de la tumeur : elle avait plus de cinq pouces de long sur deux et demi de large; elle était haute d'un pouce au moins, et s'étendait jusqu'à l'extrémité inférieure des os du métacarpe, où elle formait, dans les intervalles qui les séparent, des saillies arrondies. Sa surface présentait plusieurs bosselures, la peau qui la couvrait était mince et tendue, mais sa couleur n'était point changée. En pressant la tumeur alternativement dans deux points différents, on sentait un liquide qu'on pouvait faire refluer d'un endroit à l'autre; elle était

fixe, point douloureuse au toucher; les mouvements des doigts conservaient leur liberté; ceux de la main étaient un peu gênés; l'avant-bras, au-dessus de la maladie, était un peu plus gros que l'autre. Le séton n'ayant point eu de succès, il était facile de voir qu'on ne pourrait guérir cette tumeur qu'en extirpant le kyste; mais je craignais que cette opération ne causât des accidents fâcheux. Je fis part de mes craintes au malade qui n'en persista pas moins dans la résolution où il était de se délivrer de cette tumeur à quelque prix que ce fût. Je me vis donc obligé de l'opérer, ce que je fis le 18 avril 1815, de la manière suivante : La main étant placée et fixée par un aide sur une table, auprès de laquelle le malade était assis, je fis sur la tumeur une incision cruciale qui en comprenait toute l'étendue et qui n'intéressait que la peau; je disséquai avec soin les quatre lambeaux; et, quand le kyste fut à découvert, j'y plongeai la pointe du bitouri. Il sortit à l'instant un liquide jaunâtre, onctueux et rempli de petits corps aplatis, allongés, très-nombreux, qui donnaient à cette matière l'aspect du *riz au gras*. L'incision du kyste fut très-douloureuse, à cause du grand nombre de filets nerveux qui couvraient sa surface, et dont il était impossible d'éviter la section. En agrandissant la première ouverture faite à la tumeur, j'aperçus quelque chose de blanc que l'instrument avait un peu endommagé : c'était le tendon de l'extenseur qui appartient au doigt du milieu, et qui se trouvait dans l'intérieur même du kyste, dont le fond adhérait dans une grande étendue aux autres tendons de l'extenseur, aux os du carpe et à ceux du métacarpe. Ses parois étaient d'une couleur jaunâtre, épaisses d'une ligne, et offraient à l'intérieur un grand nombre de rides semblables à celles de la membrane interne de la vésicule du fiel. Les bosselures dont j'ai parlé communiquaient entre elles, et, en pressant l'avant-bras à sa partie moyenne, on faisait refluer dans ce kyste une matière sem-

blable à celle dont il était rempli. J'enlevai tout ce que je pus de cette poche membraneuse, tantôt avec des ciseaux, tantôt avec le bistouri ; mais il en resta encore beaucoup de sa partie profonde et adhérente. Je remplis cette vaste plaie de charpie que je soutins avec des compresses et une bande roulée : la main fut appliquée sur une palette de carton.

» Le malade avait supporté une grande partie de l'opération sans donner aucune marque de douleur ; mais il témoigna, vers la fin, par ses gestes et ses plaintes, la force des souffrances qu'il endurait. Au cinquième jour l'inflammation était développée dans tous les points de la portion restante du kyste. La suppuration détacha peu à peu la charpie, et bientôt le fond de la plaie devint une surface rouge, bourgeonnée, qui s'élevait tous les jours. Le 17 mai, elle dépassait le niveau de la peau. Les bords, déjà cicatrisés, ne laissaient plus à guérir qu'une plaie de la largeur d'un écu de six livres. Mais, au milieu de cette plaie vermeille, existait un trou assez grand pour recevoir l'extrémité du petit doigt, et duquel s'écoulait, quand on pressait l'avant-bras, un liquide trouble, visqueux, semblable, à part les petits corps blancs dont j'ai parlé, à celui qu'avait contenu le kyste lui-même. Plus bas, et sur le côté interne, existait aussi une autre petite ouverture d'où suintait également, mais en très-petite quantité, un liquide tout à fait pareil au premier.

» Une sonde cannelée, introduite par l'orifice le plus large, fit reconnaître un trajet fistuleux très-étendu : je me déterminai à en mettre le fond à découvert, et, pour cela, il fallut faire à la peau et au tissu cellulaire très-épaissi une incision de plus de quatre pouces de long ; l'intérieur de ce conduit fistuleux était pâle, lisse, et on n'y voyait ni muscles, ni tendon, circonstances dont je tirai un bon augure. L'inflammation s'y déclara, et il naquit des bourgeons charnus qui bientôt furent au niveau de la peau.

» Dans l'intention de hâter la cicatrisation, je rapprochai

tous les jours les bords de la plaie avec de longues bandelettes agglutinatives que je serrai en sens opposé. Ces bandelettes produisaient un assez bon effet ; mais il fallut bientôt renoncer à leur usage, parce qu'elles causaient des démangeaisons et des douleurs à la peau ; il survint même à la main et à l'avant-bras un érysipèle qu'accompagnait un embarras gastrique et qui exigea l'emploi d'un vomitif.

» Lorsque l'érysipèle fut dissipé, je substituai aux bandelettes agglutinatives le bandage unissant des plaies en long, qui eut l'avantage de rapprocher et d'affaisser les lèvres de la plaie sans irriter la peau, ni causer de démangeaisons. Le petit suintement qui venait de l'ouverture très-étroite placée au-dessous de celle qui avait été comprise dans la dernière incision, cessa de lui-même, sans doute par l'effet de la compression du bandage unissant. Cependant la plaie ne fut complétement cicatrisée qu'au bout de quatre mois. Il ne se fit aucune exfoliation de tendon, aussi tous les doigts jouissaient-ils de leurs mouvements.

» Dans un voyage que j'ai fait à Bruxelles, en 1821, j'ai vu M. C..., et je me suis assuré que sa guérison est complète et radicale. Il ne reste d'autre trace de sa maladie qu'une cicatrice bien régulière, mince, et qui ne gêne en aucune manière les mouvements des doigts et de la main. »

Ces faits, joints à ceux que signale M. Velpeau (*Dict.* en 30 vol., p. 299), et dans lesquels il a rencontré la même affection : « dans les coulisses fibro-synoviales des radiaux » externes et des abducteurs du pouce, de même que sur le » dos du carpe, dans le trajet des muscles extenseurs des » doigts, » sont les seuls que nous connaissions.

Nous constatons donc qu'il existe à la face dorsale du poignet et de la main des tumeurs synoviales simples et des tumeurs synoviales enkystées hydatiformes. Nous pouvons voir aussi qu'elles ont un certain degré de gravité. Une seule a guéri, en effet, rapidement et sans accident, c'est

la première qu'a observée M. H. Larrey ; les deux suivantes ont amené des accidents sérieux : voilà pour les tumeurs synoviales simples. Des deux tumeurs synoviales enkystées contenant des corpuscules hydatiformes, celle dont M. Cruveilhier nous rapporte l'histoire, a guéri si rapidement qu'on a tout lieu d'en être étonné, lorsqu'on la compare à celle de Boyer, que ce chirurgien n'amena à guérison qu'après de nombreuses péripéties.

M. Velpeau ne nous dit rien de la terminaison de celles qu'il lui a été donné d'observer ; le silence de ce chirurgien et les faits précédents nous engagent à conclure que ces affections sont moins graves sur la face dorsale des régions du poignet et de la main que sur la face palmaire ; conclusion que la connaissance anatomique des parties vient étayer encore : les gaînes synoviales, de ce côté, sont, en quelque sorte, isolées une à une ou deux à deux, et se prolongent moins haut qu'à la région antérieure ; l'aponévrose d'enveloppe est moins solide, et le tissu cellulaire moins abondant : de là des circonstances moins favorables au développement des accidents inflammatoires.

Nous devons remarquer aussi que les résultats ultérieurs de ces affections paraissent, excepté dans deux des cas de M. H. Larrey, avoir été très-heureux ; condition moins ordinaire lorsque la paume de la main est envahie.

Les tumeurs synoviales enkystées de la face palmaire du poignet et de la main sont de beaucoup plus importantes à étudier que les précédentes ; elles sont aussi de beaucoup plus communes, et il n'est guère de chirurgien qui n'en ait rencontré.

Elles ont leur siége dans les bourses synoviales des tendons fléchisseurs que nous avons signalées sous les noms de digitales, carpienne et radiale. Les bourses digitales se rencontrent sur l'indicateur, le médius et l'annulaire ; elles parcourent les doigts dans toute leur longueur et s'arrêtent

en se repliant à la hauteur de la tête des métacarpiens : la bourse digitale du petit doigt, passe dans la paume de la main le plus souvent, et communique avec la bourse carpienne ; quelquefois avec la bourse radiale. Cette dernière, toujours isolée de la bourse carpienne commune aux fléchisseurs des trois doigts du milieu, est affectée spécialement au fléchisseur du pouce : toutes trois s'engagent au-dessous du ligament antérieur du carpe.

Étiologie.—Les causes des tumeurs synoviales enkystées semblent se rapporter, comme celles des kystes synoviaux ganglionnaires, à l'action des agents extérieurs, et par cette raison l'âge, la profession, le sexe comme causes prédisposantes ; les efforts et les violences auxquelles les parties sont soumises comme causes occasionnelles, doivent être pris en considération.

Dans le grand nombre d'observations que nous avons consultées, nous n'en avons trouvé aucune qui se rapportât à des sujets au-dessous de 14 ans ; les enfants et les très-jeunes gens sont donc très-rarement affectés de cette maladie. Depuis cet âge, jusqu'à celui de 40 ans environ, le nombre de ces tumeurs est le plus considérable ; c'est l'époque de la vie, en effet, où l'exercice des métiers pénibles est en pleine activité, où l'homme se livre aux fatigues et aux plus rudes travaux. On en rencontre encore dans la période suivante jusqu'à la vieillesse avancée, mais la proportion en est beaucoup moindre.

Elles affectent à peu près également les deux sexes ; les professions des hommes et des femmes sont souvent également pénibles, et si, en général, ces dernières exercent moins rudement leurs mains que les hommes, en revanche elles les appliquent à des travaux exigeant des doigts plus de mouvements précis ou constamment répétés. Un corps solide, habituellement pressé dans la paume de la main,

comme le manche d'un cachet, d'une alène, d'un fouet, d'un marteau; un rouleau de bois à étendre la pâte, l'anse d'un fer à repasser, sont, pour les individus qui en font usage, des causes prédisposantes à l'apparition des tumeurs synoviales.

Les violences accidentelles, desquelles personne n'est à l'abri, sont aussi des causes, mais occasionnelles, de ces maladies, que l'on a vues survenir à la suite de chute sur la paume de la main, d'efforts pour soulever des poids, de distorsion du poignet; enfin à la suite de causes tout à fait directes, comme une piqûre d'aiguille, ainsi que M. Rognetta (*Gaz. méd.*, 1834) en cite un cas chez une couturière, qui entra dans le service de Roux pour une hydropisie de la gaîne du doigt médius.

Elles apparaissent quelquefois aussi sans causes appréciables; chez des personnes appartenant aux classes élevées de la société, ou chez celles qui, ne se livrant à aucun travail manuel, ne peuvent en indiquer l'origine.

Leurs *Symptômes* sont différents, selon qu'elles atteignent les gaînes synoviales limitées aux doigts, ou les gaînes synoviales communiquant avec celles de la paume de la main et du poignet ; mais pour les unes comme pour les autres, le début en est la plupart du temps fort obscur. Les malades ne s'en aperçoivent quelquefois qu'à la tuméfaction qu'elles déterminent; ou bien ils se plaignent, pendant un temps plus ou moins long, de roideur, de gêne, de fourmillements ou d'engourdissement douloureux, dans les parties qui doivent en être le siége.

Limitées aux doigts indicateur, médius ou annulaire, ces tumeurs se montrent sur le trajet même des tendons fléchisseurs, et présentent un volume plus ou moins considérable : les doigts sont un peu courbés plutôt que fléchis vers la face palmaire ; ils ne peuvent se fermer tout à fait non plus que s'étendre : la peau à la hauteur des articulations est bleuâtre

et semble amincie ; lorsqu'on presse sur l'extrémité du doigt, une fluctuation ou la crépitation dite caractéristique de la présence de corpuscules hordéiformes se manifestent. La tumeur est rarement limitée au pli digito-palmaire, elle se prolonge habituellement vers la paume de la main jusqu'à la tête du métacarpien correspondant; d'autre fois elle ne siége que sur la première ou la deuxième phalange, ou en partie sur toutes les deux à la fois. Soit par une communication anormale, soit par une rupture accidentelle, elle peut envahir la gaîne de la paume de la main, ou laisser passer le liquide qu'elle contient dans les tissus qui l'avoisinent. Les observations suivantes en offrent quelques exemples.

« En mai 1852, une jeune femme entra à l'hopital des Cliniques, avec une tumeur située sur la seconde phalange de l'indicateur de la main droite; cette tumeur était assez considérable et occupait exclusivement la face palmaire du doigt : au toucher elle offrait une sensation manifeste d'amidon pressé entre les doigts. Cette sensation dans ce cas fut considérée par M. Nélaton, comme démontrant l'existence de ces petits corps hydatiformes qui se trouvent quelquefois dans les bourses muqueuses.

Quant au traitement de cette tumeur, il pourrait consister à faire une ponction et à y injecter de la teinture d'iode ; cependant M. Nélaton redoutant de rencontrer dans la tumeur des corps hydatiformes, et de les y laisser, préféra l'ouvrir largement et maintenir les parties pendant cinq à six jours sous une irrigation continue pour prévenir l'inflammation si dangereuse de la gaîne.

Les corpuscules furent extraits en grand nombre : la malade guérit sans accident. »

(Nélaton's *Clinical lectures on surgery*, W. Atlee, 1855).

« Un homme d'une cinquantaine d'années se présente dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Antoine, offrant une tuméfaction énorme de l'index de la main droite.

Un examen attentif fit reconnaître que la gaîne tendineuse de la face palmaire de ce doigt s'était peu à peu distendue par l'accumulation du liquide synovial, épanché bientôt en telle quantité qu'il en était résulté une rupture de la poche. Au moment où M. Nélaton vit le malade, l'épanchement entourait complétement le doigt. On constatait, en palpant la tumeur, une sensation de craquement, de crépitation particulière tout à fait analogue à celle qui a été signalée par les auteurs comme caractéristique des tumeurs hydatiformes du poignet. Ce phénomène, bien que se produisant dans un lieu tout à fait inaccoutumé, ne laissa point au chirurgien le moindre doute ; il pratiqua donc à la face palmaire une incision profonde par laquelle sortirent et un liquide visqueux, transparent, et une multitude de ces corps blanchâtres, semblables à du riz à demi cuit. Le plus grand nombre de ces corps étaient libres, nageaient dans le liquide synovial. Quelques-uns étaient adhérents aux parois du kyste, aux tendons eux-mêmes, soit immédiatement, soit au moyen d'un petit pédicule assez court et facile à rompre. A l'aide de ciseaux courbes, le chirurgien ébarba, pour ainsi dire, les tendons fléchisseurs du doigt, et enleva une portion des grains adhérents.

Une fois le kyste ouvert et vidé, la plaie fut soumise à une irrigation d'eau froide que l'on prolongea pendant cinq à six jours. Des phénomènes inflammatoires, mais peu intenses, se manifestèrent ; les points des tendons qui avaient été touchés par l'instrument tranchant s'exfolièrent, et la cicatrisation se fit assez rapidement. Voilà maintenant six semaines que l'opération a été faite ; le doigt est encore assez volumineux, mais non douloureux. Les mouvements de totalité du doigt sont rétablis, mais ceux de flexion sont à peu près impossibles, ce qui tient aux adhérences qui se sont faites entre la gaîne et les tendons fléchisseurs. »

(*Gaz. des Hôpitaux*, mai 1848).

« Au n° 8 de la salle Saint-Antoine, est un homme opéré la veille d'une tumeur située dans la paume de la main et dans la direction du troisième métacarpien. La nature de cette tumeur était assez difficile à diagnostiquer ; cependant, lorsqu'on comprimait la partie située dans la paume de la main, on faisait passer le liquide qu'elle contenait dans le doigt, et réciproquement du doigt dans la main, en déterminant un bruit particulier, une sorte de frôlement, qu'on a toujours considéré comme annonçant la présence de ces hydatides qui ressemblent à des pépins de poire ou de melon. Une incision a été faite sur sa longueur; et on a vu sortir, avec du sang, des matières glaireuses et un petit nombre de corps étrangers. Le diagnostic avait donc été bien établi ; mais ces kystes sont de mauvaise nature, et, lorsqu'on les ouvre, ils deviennent souvent le siége d'une inflammation violente qui peut déterminer des accidents funestes. Pour prévenir cette complication fâcheuse, soixante sangsues ont été, immédiatement après l'opération, appliquées sur l'avant-bras. Le sang a coulé jusqu'à la syncope. Ce matin, il ne sortait par le kyste ni matières liquides, ni hydatides. Le malade, qui était fort nerveux, était encore agité, et avait le pouls petit et serré, mais rien n'annonçait le développement d'une inflammation redoutable. Cependant pour le prévenir, on a prescrit des bains de bras dans une décoction tiède de racine de guimauve, trois cataplasmes émollients par jour, et un julep narcotique.

(Lisfranc. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome VIII, page 412.) »

« M. Devezeaud, âgé de 21 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouva, sans cause connue, il y a quatre ans, un engourdissement douloureux dans toute l'étendue du doigt annulaire de la main droite.

Il fut quelque temps sans songer à remédier à cet accident, et ce ne fut qu'au bout de quelques mois que le gon-

flement triplant le volume du doigt, l'impossibilité d'exécuter les mouvements, un sentiment d'agacement semblable à celui qu'on éprouve à presser un bas de soie, l'obligea de se faire traiter. Un chirurgien appliqua un bandage compressif, continua longtemps ce traitement, et, sur son inutilité, proposa l'amputation, ce à quoi le malade se refusa. Cependant, au bout d'un an, le gonflement avait disparu entièrement de son siége primitif, par l'effet de cette compression, mais gagné la paume de la main, dans laquelle il faisait une saillie proportionnée à celle qui existait sur la face palmaire du doigt annulaire. Pendant les trois années qui précédèrent l'entrée de M. Devezeaud à la maison de santé de M. Cartier, la tumeur augmenta au point d'égaler le volume d'un œuf de poule, faisant saillie sur la face palmaire de la main, au devant de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne. Si l'on pressait la tumeur, elle paraissait élastique, elle cédait et revenait sur elle-même.

L'impossibilité de saisir, de palper, jointe à la douleur et à la tension continuelles, mirent le malade dans la nécessité de s'adresser à M. Dupuytren pour se faire opérer.

En effet, après avoir incisé les téguments et l'aponévrose palmaire, on aperçut une enveloppe fibreuse, blanchâtre, qui, d'abord ouverte légèrement, donna issue à quelques corps luisants, très-polis, d'un blanc rosé, de formes différentes, et que l'on pouvait cependant comparer, en général, à de très-petites fèves de haricot. L'incision, plus étendue, livra passage à une immense quantité de ces corps, comparativement à la saillie que fait la tumeur à l'extérieur; leur nombre pouvait s'élever à quelques centaines.

Plongés immédiatement dans l'eau tiède, ils n'offrirent aucuns de ces mouvements d'ondulations indiqués dans les descriptions. Ouverts, ils paraissaient composés d'une substance albumineuse, ayant quelque ressemblance avec celle qui existe au centre des cartilages intervertébraux chez les

très-jeunes sujets. Ils devaient leur forme et leur consistance assez forte à une tunique de nature fibreuse, offrant chez quelques-uns, dans un point de son étendue, un petit prolongement très-transparent, fusiforme, sans aucune trace d'ouverture. Cette disposition, qui était la plus rare, offrait quelque analogie avec les hydatides *cysticerques;* la plus grande partie n'offrait que de petites saillies anguleuses chez les uns, et de petites cavités correspondantes dans les autres. C'étaient celles-ci qui nous avaient paru ressembler à de petites fèves de haricot; quelques-unes étaient adhérentes aux parois du sac. Cette espèce offrait beaucoup de ressemblance avec les hydatides *acéphalocystes* décrites par Laënnec.

Le kyste qui renfermait ces corps paraissait entièrement composé de tissu cellulaire; sa face externe était adhérente à l'aponévrose palmaire et aux parties profondes de la paume de la main; leur face interne, lisse, polie, brillante, était humectée par un liquide séreux, semblable à celui de toutes les membranes de ce genre.

Au reste, le malade fut pansé simplement; on excisa quelques portions du kyste, et on introduisit une mèche de linge effilée dans la plaie, afin d'obtenir la fonte du sac par la suppuration. Il ne survint pas d'accidents, et le malade (grâce aux soins que lui donna Caillard fils) fut guéri au bout d'un mois. » (Dupuytren, *Leçons orales.*)

L'histoire des tumeurs synoviales enkystées des doigts, ayant la plus grande analogie avec celle des tumeurs synoviales de la paume de la main et du poignet, nous la compléterons en parlant de ces dernières.

La gaîne synoviale radiale, affectée au fléchisseur du pouce, paraît être rarement le siége de tumeurs synoviales enkystées; cela tient sans doute à cette circonstance digne d'attention, que le voisinage et les rapports si étroits de

toutes les bourses de la main entre elles, favorisent dans l'une le développement de l'affection de l'autre, de telle sorte qu'après un certain temps, à moins d'avoir assisté au début de la maladie, ou d'être éclairé d'une manière très-précise par le malade lui-même, il devient à peu près impossible au chirurgien, de distinguer la bourse affectée ou de dire celle qui l'a été primitivement.

Cette bourse radiale néanmoins libre dans toute son étendue, du pouce au poignet, peut être sur tout son parcours le point de départ d'une tumeur synoviale qui en envahira la totalité.

« Un malade couché au n° 5 de l'hôpital des Cliniques, éprouvait de la difficulté à fléchir tous les doigts; cette difficulté n'avait d'abord existé pendant quelque temps que dans le pouce. Il se plaignait de douleurs, devenant plus vives la nuit, siégeant dans l'avant-bras et s'étendant jusqu'à l'aisselle ; les douleurs qui suivaient le trajet du nerf médian devenaient si vives la nuit, qu'elles ne permettaient pas le sommeil.

Au poignet il y avait de l'engorgement mais aucun signe évident d'épanchement. C'est là pour ainsi dire le premier degré de la maladie. » — (W. Atlee, *Nélaton's Clinical lectures.*)

Cette observation n'est pas continuée, mais elle nous fait véritablement assister au début d'une tumeur synoviale de la bourse radiale.

Nous avons dit dans la première partie de ce travail, que nous avions trouvé souvent une communication entre la bourse radiale et la bourse du petit doigt; dans ce cas la tumeur synoviale enkystée peut prendre une forme bilobée latéralement. Cette observation recueillie par M. Cruveilhier, nous paraît en donner un exemple :

« Une femme âgée de 45 ans (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*) était entrée dans la salle Sainte-Jeanne pour un

catarrhe pulmonaire chronique ; je vis par hasard, à la face antérieure de son avant-bras gauche, deux pouces au-dessus du ligament du carpe, une tumeur divisée en deux parties, l'une droite et l'autre gauche, par un étranglement longitudinal. En exerçant une compression alternative sur ces deux tumeurs, je reconnus qu'elles communiquaient l'une avec l'autre, et j'éprouvai ce sentiment particulier de frottement auquel on ne se méprend jamais. Je pronostiquai que cette tumeur était de la nature de celles dont je viens de parler. La mort de cette malheureuse me permit de vérifier mon diagnostic. Avant toute dissection, je voulus percevoir la même sensation ; plusieurs personnes s'en convainquirent avec moi. Peut-être quelqu'un d'entre nous exerça-t-il une pression trop considérable ; mais après notre examen la bi-partition de la tumeur était beaucoup moins évidente. J'enlevai la peau : sous elle était une poche contenant de petits corps transparents, semblables, pour la consistance et pour l'aspect, à des morceaux de cristallin. Ce kyste était extrêmement mince, celluleux, et tellement adhérent aux parties voisines, que je ne pus l'en séparer sans solution de continuité. »

Le doute ne sera pas permis en lisant (*Gaz. des hôpitaux*, 1852), l'analyse de l'observation suivante :

« Un malade de l'hôpital des Cliniques, chez lequel la maladie a débuté par des douleurs et de l'engourdissement du pouce avec gonflement de ce doigt dont les mouvements sont très-bornés, portait une tuméfaction du poignet un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe, surtout à la région externe : il y survint sous l'influence d'une pommade dont on ignore le nom une légère amélioration. Un an après l'invasion de l'affection, il survint un gonflement considérable du poignet, mais cette fois du côté interne ; ce gonflement se propageait vers l'extrémité du petit doigt qui ne pouvait plus être fléchi : 2 ou 3 mois après, le gonflement

du côté du pouce reparut, et le malade entra à l'hôpital présentant une tumeur volumineuse à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras, etc. »

Nous ne poursuivons pas jusqu'au bout ; la description qui suit donne l'idée d'une tumeur en bissac ; mais l'historique qui précède n'en est pas moins très-remarquable par l'apparition et la disparition successive de tumeurs sur le bord interne et sur le bord externe de l'avant-bras, qui ont fini par se confondre.

Une communication de M. Lenoir à la Société de chirurgie, que nous rapporterons plus loin semble aussi confirmer cette manière de voir, que d'autres faits établissent péremptoirement : il n'est pas rare, en effet, à la suite d'une piqûre soit au pouce soit au petit doigt, de voir survenir dans la gaîne synoviale primitivement lésée, une inflammation qui se propage à celle du doigt opposé et gagne du pouce le petit doigt ou réciproquement.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs synoviales enkystées de la paume de la main et du poignet, qu'elles occupent l'une ou l'autre gaîne, radiale ou cubitale, offrent des symptômes communs qui nous engagent à les réunir dans la même description, et que nous allons exposer.

A propos de causes prédisposantes, occasionnelles ou indéterminées, à la suite d'engourdissement douloureux, quelquefois sans douleur, apparaît, précédée la plupart du temps de gêne et de tiraillements, d'autres fois sans phénomènes précurseurs, à la région palmaire du poignet et de la main une tumeur qui ne se révèle d'abord que par la diminution du creux palmaire à la main; et au poignet par une tuméfaction peu considérable occupant sa face antérieure. Se développant tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du ligament antérieur du carpe, ou simultanément sur toute la région, cette tumeur ne tarde pas à présenter une disposition

bilobée, résultant de la compression qu'exerce sur elle le ligament annulaire. Elle peut rester à l'état de simple tuméfaction ou arriver par transitions successives au volume d'une petite orange.

Des deux lobes de la tumeur l'un prend ordinairement plus de développement que l'autre, c'est le supérieur ; l'inférieur maintenu par l'aponévrose palmaire se développe moins, mais il est aussi habituellement moins régulier que le premier ; on y trouve assez souvent des prolongements qui se dirigent vers la racine des doigts et surtout des doigts du milieu ; prolongements mal limités ou quelquefois bien dessinés sous la forme et le volume d'un gros pois, d'une noisette ou d'une petite noix.

L'extension et la flexion des doigts leur communiquent quelquefois leurs mouvements ; ces derniers sont plus ou moins fléchis ou même rétractés vers la paume de la main. Elles sont plus ou moins molles au toucher, rarement très-dures ; assez souvent indolentes, la pression peut y faire naître de très-vives douleurs ; elles offrent le phénomène de la fluctuation à un degré marqué, sans changement de couleur à la peau, dont les rides ou les plis sont effacés, et font percevoir une sensation particulière de crépitation.

Ces caractères généraux ne se présentent pas toujours d'une manière aussi tranchée, et ils éprouvent des modifications en relation avec les changements survenus dans les parties avec lesquelles les tumeurs sont en rapport, ou dans lesquelles elles ont pris naissance.

Les bourses digitales se sont prises les premières, ou bien les gaînes de la main, ou bien encore celles du poignet, et les tumeurs restent limitées à ces parties : elles ne présentent alors qu'un seul lobe. Venue primitivement du poignet, ou s'étant montrée d'abord à la main, lorsque la tumeur en se développant s'engage au-dessous du ligament antérieur du

carpe, elle prend la forme bilobée; elle est dite en *bissac*. Mais la constriction du ligament annulaire peut varier, et la tumeur tantôt véritablement étranglée à la hauteur du poignet, tantôt bridée seulement, ou simplement déprimée, variera dans sa forme en raison de la résistance que lui aura opposée le ligament : ses parois elles-mêmes, ici plus solides, là moins résistantes ; des cloisonnements survenus dans son intérieur, pourront aussi lui donner un aspect moins régulier.

On peut en constater la transparence en l'interposant entre l'œil et une bougie ; phénomène qui donne la présomption du liquide qu'elle contient.

La fluctuation y est presque toujours manifeste et superficielle : circonstance que M. Bonnet, de Lyon, a invoquée pour donner comme siége exclusif à ces tumeurs, la bourse synoviale accolée au ligament annulaire du carpe.

« Ces collections séreuses, dit cet auteur, se forment entre les fléchisseurs et le ligament annulaire du carpe. En effet : 1° Les kystes en bissac sont très-superficiels et paraissent presque sous-cutanés, au-dessus et au-dessous du poignet; — 2° La tumeur fait une saillie considérable et elle est étranglée par le ligament annulaire du carpe. Cette saillie et cet étranglement ne seraient pas aussi distincts si la tumeur occupait la gaîne profonde et si elle était recouverte par le faisceau des muscles fléchisseurs profonds et superficiels ; — 3° Du côté de la main la tumeur ne s'étend pas à plus de 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament annulaire. Ces dispositions sont exactement celles de la gaîne synoviale superficielle ; — 4° Enfin aucune des opérations dans lesquelles on a ouvert cette gaîne n'a été suivie de la lésion du nerf médian. Le nerf est donc en arrière du kyste, et celui-ci est donc dans la gaîne antérieure. Si ces faits sont bien observés, voici quels sont les rapports des kystes en bissac.

» A la partie inférieure de l'avant-bras ils sont recouverts par l'aponévrose anti-brachiale, par le muscle petit palmaire, et souvent ils s'étendent de chaque côté au-dessous du grand palmaire et du cubital antérieur. En arrière ils recouvrent le nerf médian et les tendons des fléchisseurs superficiels. Les artères radiale et cubitale les côtoient en dehors et en dedans. J'insiste surtout sur la position du nerf médian, qui, d'après mon opinion, est placé en arrière et n'est exposé à aucune lésion dans les opérations qu'on peut tenter sur les kystes.

» Au niveau de la main, la tumeur est plus profondément située. Indépendamment de l'aponévrose et de la peau, beaucoup plus épaisse dans cette région qu'au poignet, on trouve un tissu cellulaire graisseux dans lequel rampent les divisions de l'arcade palmaire superficielle. » (*Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, p. 603.)

Cette manière de voir est parfaitement en rapport avec l'expérience, et peut se concilier avec les descriptions des bourses synoviales qui ont été données par M. Velpeau et par M. Gosselin; elle n'est point en désaccord avec la description de M. Michon qui reconnaît à ces bourses trois étages : le premier situé entre le ligament annulaire et les tendons du fléchisseur sublime; le second entre ceux-ci et les tendons du fléchisseur profond; le troisième entre ces derniers et les os du carpe; tous trois communiquant par le côté interne de la bourse, ce que n'admet pas M. Velpeau. Le nerf médian au lieu d'être placé au-dessous de la tumeur, n'affecterait cette position que consécutivement, situé qu'il est entre la bourse interne et la bourse externe.

Nous sommes porté à croire que la bourse superficielle ne communique pas normalement avec la bourse profonde; alors même qu'il en serait ainsi, l'épanchement envahirait la bourse tout entière, les tendons resteraient appliqués sur la face antérieure du carpe et ne seraient point soulevés vers

la paume de la main, par le liquide cheminant facilement d'une bourse dans l'autre. Si, au contraire, le passage lui était interdit par l'isolement des deux bourses, et qu'il se développât dans la bourse profonde seulement, cet état ne serait que temporaire, et donnerait raison des douleurs apparaissant sans phénomènes extérieurs; bientôt, la bourse profonde, comprimée par les tendons fléchisseurs ferait hernie au-dessus d'eux, viendrait se joindre à la bourse superficielle en lui communiquant son état morbide et la maladie se trouverait encore amenée à l'état et à l'aspect où nous la voyons tous les jours. Les tendons restent donc appliqués sur le carpe, et l'épanchement se rencontre très-superficiellement entre eux et la peau avec les parties sous-jacentes.

La fluctuation à laquelle il donne lieu se produit aussi bien latéralement que de haut en bas, ou de bas en haut, c'est-à-dire d'une poche dans l'autre : lorsqu'on presse sur la poche du poignet vers la main le reflux du liquide communique aux doigts un léger mouvement d'extension; les pressions alternatives, font bomber l'une ou l'autre poche.

C'est en constatant ces phénomènes que l'on perçoit dans la tumeur une *crépitation* que l'on a comparée à celle de l'écrasement de l'amidon entre les doigts; à la sensation que donne par le toucher les maillons d'une petite chaîne dans une bourse en peau; à celle de pepins de poire, de grains de chapelet froissés dans une étoffe humide. M. Michon a expérimenté sur une vessie à demi pleine de grains de riz crevés et d'eau, et il a obtenu, en plaçant une ligature sur la vessie de façon à la diviser en bissac, et en faisant passer le contenu d'une poche dans l'autre, la même sensation que celle que donnent les tumeurs dont nous nous occupons. Quelle que soit la comparaison qu'on en ait faite, cette crépitation est du nombre de ces phénomènes, qui une fois constatés, se gravent dans la mémoire du chirur-

gien et que ses doigts n'oublient plus. Elle est due à la présence dans le liquide des corpuscules hordéiformes dont nous avons parlé, corpuscules qui, en passant d'une poche dans l'autre, frottent contre l'ouverture de communication, lorsqu'on presse alternativement sur les tumeurs. C'est là l'explication généralement admise; mais ne pourrait-on pas aussi invoquer la collision de ces petits corps entre eux ou contre les parois frangées, inégales et supportant elles-mêmes des corpuscules pédiculés; le frottement des tendons eux-mêmes contre les gaînes ou entre eux, enfin le passage seul du liquide par l'orifice étroit de communication entre les deux poches. Nous nous rattachons de préférence à l'opinion généralement admise, à la présence et au frottement des corpuscules hydatiformes.

Lorsque nous nous sommes expliqué au sujet de leur nature, nous avons dit que nous les considérions comme des produits d'exsudations plastiques développées sur les parois de la tumeur; les exsudations n'apparaissent que lorsque la maladie date déjà depuis quelque temps, et que les parois épaissies ont donné à la gaîne synoviale distendue les caractères d'une tumeur enkystée. Il est tout naturel d'en conclure que la crépitation n'apparaît pas de prime abord dans ces tumeurs et que, si, la première fois que le chirurgien les examine, il manque rarement de la trouver, c'est que les malades ne viennent réclamer ses soins que lorsque la durée et l'accroissement de leur mal, ou quelques accidents survenus, ont fait entrer l'inquiétude dans leur esprit.

Cette crépitation est donc le signe pathognomonique des tumeurs hydatiformes, et, chose remarquable, elle a pour siége de prédilection les tumeurs synoviales enkystées de la paume de la main et du poignet; on la rencontre quelquefois aux doigts; moins souvent sur la face dorsale de la région.

Néanmoins ces tumeurs ne la présentent pas toujours;

soit, chose rare, qu'elles ne renferment pas de corpuscules, soit que l'étranglement intermédiaire ne permette plus à ceux-ci de passer par un orifice trop étroit ou oblitéré, ou que la consistance du liquide leur enlève leur mobilité.

L'observation détaillée de M. Deville, qu'on peut rapprocher de celle de Sanson (*la Lancette*, 1831), dans laquelle la dissection ne fut pas faite; celles de MM. Chassaignac, Michon et Houzelot, en fournissent des exemples, en même temps que l'explication.

« Mademoiselle X., femme de chambre, âgée de 26 ans, bien réglée, toujours bien portante et d'une forte constitution, a ressenti, pour la première fois, il y a 10 ans, une douleur dans les trois derniers doigts de la main droite, avec de la roideur et de la gêne dans les mouvements de ces doigts. Bientôt l'attention de la malade se fixa de ce côté, et elle s'aperçut d'une tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, dans la paume de la main ; elle ne fit, du reste, aucun traitement. Cinq ans plus tard, la région palmaire du poignet devint à son tour le siége d'une tuméfaction notable. Il y a trois ans qu'elle me fut adressée par mon honorable ami, M. le docteur Paulin. Je reconnus, à cette époque, la nature de la tumeur ; je fis part à mon confrère de mon diagnostic, de ma répugnance pour une opération qui me paraissait dangereuse, de quelques incertitudes que me faisait naître l'absence de crépitation, sur la nécessité d'un traitement chirurgical proprement dit. De concert avec le docteur Paulin, nous employâmes des topiques résolutifs, des pommades fondantes, et même un peu de compression. Ce traitement fut continué pendant deux mois; je revis de temps en temps la malade et ne constatai aucun changement. Je l'avais tout à fait perdue de vue, lorsque ces jours derniers j'ai dû à l'obligeance de M. Foucher, aide d'anatomie de la Faculté et interne distingué des hôpitaux, l'occasion de la revoir. L'état de la

malade est à peu près le même qu'il y a trois ans; la tumeur du poignet m'a semblé un peu plus volumineuse qu'alors. Voici ce qu'on observe aujourd'hui : la face palmaire du poignet est le siége d'une tumeur molle à base large, du volume d'un très-petit œuf de poule; elle est peu tendue, indolente, fluctuante; la peau qui la recouvre est mobile, elle est rouge parce qu'elle a été recouverte, il y a quelques jours, d'un vésicatoire. Cette tumeur fait saillie d'un centimètre environ. On trouve également une tuméfaction molle, élastique dans la paume de la main; elle occupe sa partie interne et médiane; la région hypothénar n'est le siége d'aucun gonflement. Si on vient à presser alternativement la paume de la main et la tumeur du poignet, on sent un liquide refluer d'une tumeur à l'autre, sans cependant que la tumeur s'affaisse complétement. Il n'y a, du reste, aucune espèce de crépitation; le doigt qui presse la tumeur du poignet éprouve la sensation d'une petite masse comme fongueuse lorsque le liquide a passé dans la tumeur palmaire. La malade accuse une grande faiblesse dans les trois derniers doigts, sans cependant qu'ils présentent de roideur manifeste; elle ne peut rien serrer avec ces doigts; elle laisserait tomber ce qu'elle porterait avec eux; ils sont habituellement le siége d'un engourdissement douloureux. Elle accuse, en outre, des souffrances plus vives qui se font sentir de temps en temps le long du bras jusqu'à l'épaule; la douleur se propage le long du bord externe du biceps. Les articulations du coude et du poignet sont parfaitement libres. La malade dit que la tumeur augmente de volume et devient le siége de petits élancements à l'époque des règles. Il y a un mois environ qu'elle a été vue par M. le professeur Velpeau; il prescrivit des vésicatoires volants; quatre ont été appliqués successivement; et la tumeur n'a pas encore changé de volume; peut-être est-elle

au dire de M. Foucher et de la malade un peu moins tendue. » (Michon, *Thèse de concours*, 1851).

« Le nommé G..., Belge, ouvrier terrassier, employé aux travaux du chemin de fer de Paris à Strasbourg, entra à l'hôpital général de Meaux, en septembre 1847. Il portait, à l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit et sur la face antérieure du membre une tumeur du volume d'un petit œuf de poule qui, se prolongeant vers le poignet, passait sous l'arcade palmaire, pour arriver ainsi dans la paume de la main : la pression exercée d'arrière en avant et en sens inverse faisait refluer de la main vers l'avant-bras, et *vice versâ*, le fluide que renfermait la tumeur, mais sans crépitation.

Ici le diagnostic ne pouvait être un instant douteux, nous avions affaire à une tumeur synoviale de l'avant-bras du poignet et de la main.

Deux faits malheureux dans ma pratique, dus à une ponction en pareil cas, m'avaient déterminé à abandonner à eux-mêmes les malades qui se présentaient à moi avec cette affection. Cette fois, je voulus essayer encore d'autres moyens, très-souvent inefficaces ; après l'emploi, sans résultat, de l'acupuncture, de la compression et de plusieurs vésicatoires suppurants, je me décidai, à tenter, à l'extérieur, l'emploi de l'alcool rectifié. Je venais de lire une observation d'hydrocèle guérie par ce moyen : il y avait analogie de lésion, de produits morbides. Pourquoi ne pas user d'un traitement analogue?

J'enveloppai la tumeur de compresses imbibées d'alcool rectifié, je comprimai ; six fois par jour le bandage fut arrosé d'alcool. Tous les quatre ou cinq jours je cessai l'emploi de l'alcool, et j'y substituai les cataplasmes émollients pour ramollir la peau racornie par l'effet astringent du topique et la rendre de nouveau sensible à son action.

Au bout d'un mois de traitement, le malade fut guéri; quinze jours après il sortait de l'hôpital. Durant une année entière, G... continua à travailler à Meaux ; je pus ainsi constater la guérison et sa persistance. » (Houzelot. — *Thèse de M. Michon*).

Les tumeurs dans ces deux circonstances n'avaient pas présenté le phénomène de la crépitation ; ni dans l'un ni dans l'autre cas elles ne furent ouvertes, et l'on n'a pu constater la présence ou l'absence des corpuscules hydatiformes. M. Michon les donne comme de simples tumeurs synoviales, et nous sommes porté à l'admettre, ce qui, en raison de la rareté, nous a engagé à les citer.

Quelquefois la fluctuation elle-même vient à manquer ou à disparaître : nous ne citons pas l'observation de Sanson, parce qu'elle est fort incomplète, et que le chirurgien semble considérer le fait dont il rend compte comme un changement survenu dans le kyste par suite du développement d'une tumeur maligne : celle de M. Chassaignac a une grande valeur, au contraire, la tumeur ayant été ponctionnée.

«Le nommé Jean-Baptiste Greillée, âgé de quarante-neuf ans, garçon grainetier, se tordit assez violemment le poignet droit en voulant soutenir un minot de féveroles très-pesant. Cet accident lui arriva, nous dit-il, au mois de mars 1842. Aussitôt il ressentit une douleur extrêmement vive dans cette articulation , et éprouva une sensation distincte de craquement. Huit jours après, environ, apparut sur l'avant-bras, au devant du poignet, à trois centimètres à peu près au-dessus du ligament annulaire du carpe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette. Cette tumeur augmenta de volume peu à peu pendant deux mois. Lorsqu'elle eut atteint un développement comparable à celui d'une noix, elle

cessa d'augmenter et resta stationnaire. Elle n'était nullement douloureuse, gênait à peine les mouvements, et n'empêchait point de se livrer à ses occupations habituelles le malade, qui s'était accoutumé à sa présence et n'y faisait aucune attention.

» Au mois de janvier de l'année dernière, sans cause appréciable, cet homme sentit à la paume de la main, au niveau de l'articulation de l'index avec le second os du métacarpe, une seconde tumeur, très-petite d'abord, mais qui fit insensiblement des progrès, gagna de proche en proche, et transversalement, les gaînes tendineuses des trois derniers doigts. Après s'être développée dans le sens transversal, elle grandit de haut en bas, remontant d'un côté vers le ligament annulaire, verticalement, à la rencontre de la première tumeur du poignet, et descendant d'autre part dans les gaînes tendineuses des doigts. L'augmentation de la tumeur fut surtout remarquable depuis le mois d'avril de l'année dernière ; en même temps le malade ressentit des douleurs assez vives dans tous les points occupés par la tumeur, douleurs qui augmentaient à la pression, et qui obligèrent peu à peu le malade à abandonner complétement ses occupations. Ce ne fut que le 14 février dernier qu'il se décida à entrer à l'hôpital. Il fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 1, dans le service de M. Chassaignac.

» Au moment de son entrée, la connaissance des antécédents, la cause, la marche de ces tumeurs, firent présumer au chirurgien que l'on avait affaire à des kystes synoviaux, connus aussi sous le nom de ganglions. Mais ce qu'ils présentaient de curieux, c'était l'absence de communication apparente entre la tumeur de la partie inférieure de l'avant-bras et celle de la paume de la main, par-dessous le ligament annulaire. Ce qui démontra l'absence de ces communications, c'était l'impossibilité de faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre par une pression même assez forte, puis

le mode de développement suivi par la tumeur palmaire. En effet, cette dernière avait commencé dans un point éloigné du ligament annulaire; en sorte que, au début, au moins, il était évident que son existence était tout à fait indépendante de celle de la grosseur de l'avant-bras.

» Au moment où l'on examina le malade pour la première fois, la douleur produite dans les ganglions palmaires par la pression fit supposer qu'un travail inflammatoire s'était développé dans l'intérieur des kystes, mais n'avait encore attaqué que ceux de la paume de la main, et ne s'était point propagé jusqu'à la tumeur de l'avant-bras. La peau paraissait amincie, et semblait nécessiter une opération prompte. On se borna, pendant quelques jours, à prescrire des frictions avec la pommade hydriodatée.

» Le 18 février, l'état du malade étant resté à peu près le même, M. Chassaignac fit l'opération. Une ponction fut pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur à l'aide d'un trois-quarts. Cette ponction donna immédiatement issue à une grande quantité d'hydatides de la grosseur et presque de la forme d'un grain de riz. Le liquide dans lequel nageaient ces hydatides était peu abondant, transparent, séreux, un peu visqueux cependant. Une fois la tumeur palmaire complétement évacuée, ce ne fut qu'à l'aide d'une forte pression exercée de haut en bas que l'on put vider la tumeur de l'avant-bras, dont les communications au-dessous du ligament annulaire étaient probablement fort étroites. Elle contenait, comme l'inférieure, une grande quantité de corpuscules blanchâtres, opalins, hydatiformes, de la même grosseur et du même aspect. On injecta par la canule du trois-quarts de l'eau tiède d'abord, pour vider complétement la tumeur, à trois reprises différentes. Une quatrième injection fut faite avec de la teinture d'iode. Le kyste vidé une dernière fois, on exerça sur ses parois une légère compression au moyen d'un gâteau de charpie; l'ouverture

produite par la ponction fut préalablement recouverte par une bandelette agglutinative ; diète.

» Le 19, légères douleurs et sentiment de cuisson dans la main, plus forts dans le point où a été pratiquée la ponction. Chaleur générale de la peau. On laisse le même pansement et l'on continue la compression modérée. Un peu d'insomnie la nuit dernière : julep gommeux diacodé, une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

» Le 20, l'état du malade est satisfaisant. On cherche à redresser les doigts qui, par suite du développement de la tumeur, étaient depuis quelque temps maintenus fléchis. Une attelle est placée sur le dos de la main et du bras, assujettie par des tours de bande; les doigts sont soutenus par des bandelettes de diachylum qui les redressent et viennent se fixer à l'attelle.

» Le 21, les douleurs produites par l'extension des doigts ont été si violentes, que l'on a été obligé d'enlever l'attelle et de laisser les doigts dans la position vicieuse qu'ils avaient prise. L'ouverture produite par le trois-quarts est complétement refermée, à tel point qu'il est à peu près impossible de la découvrir. Pas de rougeur, un peu de sensibilité à la pression, un peu de gonflement déterminé par l'injection irritante.

» Le 24, le bandage fut levé de nouveau ; la tumeur était sensiblement moins volumineuse que les jours précédents, toujours un peu sensible à la pression, sans rougeur ni chaleur anormale de la peau. Emplâtre de Vigo cum mercurio sur la paume de la main.

A partir de ce moment, la résorption des liquides épanchés dans la tumeur par suite de l'injection irritante qui avait été faite dans le kyste s'opère rapidement, et le malade sort de l'hôpital en état de guérison complète. »

(*Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 330).

Moins constant que les signes précédents, il en est un cependant que l'on rencontre quelquefois et qui se rattache à la douleur; nous n'entendons pas désigner la douleur normale pour ainsi dire à laquelle sont soumis les malades, nous voulons parler des douleurs intermittentes, avec exacerbations nocturnes, s'irradiant le sang du trajet des nerfs comprimés, pouvant remonter jusqu'à l'épaule, et dont les malades indiquent le siége avec une précision anatomique.

Nous en trouvons un exemple dans la IXe observation de M. Michon, pour le nerf radial; dans celle déjà citée de M. Nélaton pour le nerf médian; en voici une qui signale le nerf cubital comme ayant été le siége de la douleur.

« Au n° 16 de la salle des hommes de l'hôpital des Cliniques, est couché un homme qui porte à la partie inférieure de l'avant-bras une tumeur siégeant surtout sur le bord cubital; dans la paume de la main, à la place d'une excavation, on trouve un soulèvement causé par une nouvelle tumeur molle, souple comme celle de l'avant-bras : ces deux tumeurs peuvent se vider l'une dans l'autre. Il y a là un épanchement dans la gaîne synoviale des tendons. On y perçoit une crépitation particulière, qui a été expliquée de diverses manières; selon les uns, elle est due au frottement sur l'ouverture de communication de petits corps semblables à des grains de riz qui se forment dans la gaîne synoviale; mais cette sensation a été perçue dans des cas où ces corps n'existaient pas; selon les autres, la cause en est dans le passage du liquide synovial par un petit pertuis. M. Nélaton pense qu'elle peut être produite par le mouvement des tendons, par leur frottement contre le bord du ligament comme celui de l'archet d'un violon contre les cordes. Ce malade a des douleurs qui ont le caractère de douleurs *né-*

vralgiques, remontant le long du bras, et il désigne le trajet du nerf cubital comme étant leur siége exclusif, etc. »

(W. Atlee, *Op. cit.*)

Ces douleurs névralgiques pourraient-elles servir au diagnostic différentiel des tumeurs des bourses synoviales les unes des autres? Nous ne le pensons pas; tout au plus serviraient-elles à dire par quelle gaîne l'affection a commencé; mais lorsqu'elle a pris un certain développement, il est évident que tous les nerfs peuvent souffrir de la compression qu'elle détermine dans les parties environnantes.

La *marche* des tumeurs enkystées du poignet et de la main est ordinairement très-lente; elles peuvent mettre plusieurs années à acquérir un volume qui engage le malade à s'en préoccuper et à demander les secours de l'art; elles peuvent aussi rester stationnaires et n'apporter dans les mouvements de la main qu'une gêne dont les sujets s'accommodent plutôt que de s'exposer aux dangers de l'opération. Cette circonstance s'observe surtout dans les tumeurs de petit volume, et l'on peut dire qu'elles ont une tendance d'autant plus marquée à s'accroître qu'elles sont plus considérables; les pressions et les frottements, par cette raison même augmentés, les mouvements plus gênés, concourent à amener ce résultat.

Terminaison.—On ne les a jamais vues disparaître spontanément; mais elles peuvent s'enflammer soit à la suite de pressions exagérées, de coups ou de chutes, soit par la distension trop grande de leurs parois; s'ouvrir en ulcérant la peau, laisser échapper le liquide qu'elles contiennent en trop grande quantité; se refermer pour se rouvrir encore, et donner lieu le plus souvent à des plaies fistuleuses interminables si l'art n'intervient.

« Le nommé Hénot (hôpital des Cliniques, salle des hommes, n° 5), portait depuis six mois à la région antibrachiale antérieure et inférieure une tumeur du volume d'un œuf, qui soumise à un choc violent, s'enflamma et se perfora, donnant issue à du pus séreux. Pendant près d'un an, elle se referma et se rouvrit plusieurs fois sans provoquer de douleurs. Vésicatoires sans succès; cautérisation transcurrente; guérison en 15 jours. » (Vermont, *Thèses de Paris*, 1857.)

Les perforations spontanées ou accidentelles ne sont pas toujours si heureuses dans leurs suites, qui peuvent être rapprochées de celles des opérations auxquelles les tumeurs sont soumises et sur lesquelles nous insisterons davantage.

Leur siége anatomique servira de base pour arriver à savoir quelle est la gaîne synoviale affectée; ici néanmoins, comme nous l'avons dit déjà à propos des névralgies, ce n'est la plupart du temps qu'au début que le diagnostic différentiel des tumeurs synoviales entre elles pourra être établi; presque toujours, après un certain temps de durée, l'affection s'est communiquée à toutes les gaînes, sous l'influence du voisinage.

Dans le *Diagnostic* différentiel des tumeurs synoviales et des différentes tumeurs qui peuvent siéger à la paume de la main, nous suivrons le même ordre que celui que nous avons déjà suivi dans l'exposé du diagnostic différentiel des kystes synoviaux ganglionnaires, et nous rechercherons quelles sont les tumeurs liquides, quelles sont les tumeurs solides qui peuvent être confondues avec elles.

Parmi les *tumeurs liquides*, l'hydarthrose nous paraît devoir être prise difficilement pour une tumeur synoviale enkystée de la gaîne des tendons; bien qu'elle survienne quelquefois lentement et sans cause appréciable, ce n'est pas là

ordinairement sa manière de débuter, et la tuméfaction qu'elle provoque se remarque surtout vers la face dorsale du poignet. Ce siége lui est imposé par la disposition anatomique de l'articulation, plus profonde en avant qu'en arrière et consolidée par la masse résistante des tendons fléchisseurs.

Les abcès profonds de la main s'accompagnent ordinairement de phénomènes généraux, d'une phlegmasie locale intense, et ont pour caractère spécial des douleurs vives et pulsatives, une tuméfaction considérable du dos de la main et du poignet, donnant à ces parties l'aspect des gants dont on se sert pour faire des armes ; ils parcourent rapidement leurs périodes : ce qui n'a pas lieu pour les tumeurs synoviales enkystées.

Les abcès froids, s'ils venaient à se développer dans ces régions, pourraient donner quelque incertitude; mais ils sont en général situés profondément dans l'épaisseur des muscles ou bien au-dessous des tendons, situation tout à fait contraire à celle des épanchements dans les bourses synoviales, épanchements que nous avons toujours vus superficiels.

Un anévrysme développé sur l'arcade palmaire superficielle, bridé par l'aponévrose palmaire et remontant sous le ligament annulaire, pourrait être pris pour une tumeur synoviale enkystée. Nous avons vu une erreur dans le sens contraire commise à propos d'un kyste synovial auquel l'artère radiale communiquait des battements. La résistance considérable de la toile aponévrotique palmaire serait assez grande pour dissimuler les mouvements d'expansion d'un anévrisme limité à la paume de la main, et ce n'est que par la diminution de la tumeur, en comprimant simultanément les artères radiale et cubitale, qu'on pourrait arriver à un diagnostic certain.

Nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit à pro-

pos du diagnostic différentiel des kystes synoviaux ganglionnaires, quant à ce qui a trait aux tumeurs érectiles, veineuses et artérielles ; nous n'avons rien de plus à ajouter.

Tumeurs solides. — Il en est de même des tumeurs cancéreuses et fibro-plastiques ; nous nous bornerons à faire observer que ces tumeurs sont rares dans les régions antérieures de la main et du poignet, et qu'elles se développent de préférence sur la partie charnue de la région antérieure de l'avant-bras, siége excluant *à priori* l'idée d'une tumeur synoviale enkystée. Quelques chirurgiens cependant ont observé des cas où des tumeurs malignes avaient le même siége et la même forme que les tumeurs enkystées en question. M. Lenoir en a rapporté une observation.

« M. Chassaiguac présenta à la Société de chirurgie (27 avril 1853) un malade qui portait sur la face palmaire, au niveau de l'articulation du poignet, une tumeur bridée dans son milieu par le ligament annulaire, et faisant une saillie marquée au-dessus et au-dessous de ce ligament et sur la partie supérieure de la paume de la main.

» Une autre petite tumeur se retrouve à la base du cinquième doigt ; ces tumeurs sont résistantes, assez solides pour ne pas permettre de déterminer s'il y a ou non fluctuation. »

On voit que le chirurgien était indécis de savoir s'il avait affaire à un kyste synovial.

« M. Lenoir fait remarquer que cette tumeur est évidemment comprise dans la gaîne du tendon fléchisseur, par la raison qu'elle se prolonge du côté du petit doigt et du pouce ; pour M. Lenoir, la gaîne des tendons du poignet et de la paume de la main se continue sans interruption de la membrane séro-synoviale jusqu'à l'extrémité de ces deux doigts. — Quant à la nature de la tumeur, il croit que celle-ci est formée d'une matière plastique plus ou moins

solide; il a vu un cas semblable pour l'aspect et dans lequel la récidive du mal suivit l'ablation de la tumeur. »

Le fait signalé par M. Lenoir ne peut laisser aucun doute, mais nous ferons observer que son interprétation de celui présenté par M. Chassaignac, n'a point été confirmé par une ponction exploratrice, seul moyen d'arriver à un diagnostic précis du contenu de la tumeur.

La crépitation, ce signe caractéristique des tumeurs synoviales enkystées, et qui suffira toujours, quelles que soient les interprétations qu'on lui ait données, à les faire distinguer des autres tumeurs lorsqu'il sera perçu, a pu exister pendant un certain temps et disparaître ensuite; la pièce présentée par M. Deville à la Société anatomique, a dû se trouver dans ces conditions, qui se sont présentées à Sanson sur le vivant.

« Dominique, âgé de 30 ans, grêle et d'une taille élevée, est entré à l'Hôtel-Dieu, il y a sept mois environ (salle Saint-Paul n° 23); il portait à cette époque, et depuis dix-huit mois, selon lui, une tumeur à la face interne du poignet, partagée en deux par les ligaments, et déjà très-volumineuse; il ne pouvait travailler et demandait à en être débarrassé. Examiné par MM. Dupuytren, Breschet, Sanson, on reconnut la nature du mal; on sentit le bruissement, le froissement ordinaire en pressant sur une moitié de la tumeur; sur ces entrefaites, les événements de juillet survinrent, et les blessés firent oublier momentanément les autres malades.

Celui-ci était atteint, d'ailleurs, de douleurs aux genoux qui l'empêchaient de marcher, et que l'on combattit d'abord comme rhumatismales; ces douleurs ont persisté et une semi-paralysie des extrémités inférieures est survenue; la progression est très-difficile, les membres sont sujets à des tremblements, et la roideur des articulations devient fort

grande dans la station ; couché, il ploie les genoux avec facilité.

Attribuant, avec raison sans doute, ces symptômes à une affection de la moelle, bien qu'il n'y ait, du reste, aucune paralysie de vessie ou intestinale, aucune douleur dans les reins, M. Sanson ne se résolut dès lors à inciser la tumeur que sur les instances réitérées du malade.

On ne sentait déjà plus ce passage d'une partie des matières contenues dans la moitié de la tumeur que l'on ne pressait pas ; on n'entendait aucun bruissement.

L'incision ne donna issue à aucun liquide, à aucun corps opalin ; les parties étaient dégénérées en tissu lardacé. Aucun soulagement ne suivit l'opération, et depuis lors, il y a deux mois environ, la tumeur s'est accrue, et sa dégénération influait d'une manière fâcheuse sur la santé générale.

Que faire en ce cas ? l'amputation de l'avant-bras devenait la seule ressource ; elle a été pratiquée le 19 janvier, et l'inspection du poignet en a prouvé la nécessité.

Elle eût été pratiquée quelques jours plus tôt sans un dévoiement qui était survenu et dont on a jugé à propos d'attendre la disparition.

Hier 21, dans l'après-midi, le malade a eu un frisson violent, suivi d'une fièvre très-prononcée ; aujourd'hui 22, la fièvre est modérée, le moignon est peu douloureux et dans un bon état ; mais la pommette droite est colorée, le malade a un peu d'oppression ; la langue est bien, du reste ; pas de dévoiement. (Tartre stibié 0,40 centigrammes dans une potion de 120 grammes.) Le lendemain, même traitement ; le surlendemain, tartre stibié 0,60 centigrammes dont le malade ne prit que le tiers. Les frissons n'ont plus reparu, la fièvre a été modérée, le moignon est presque entièrement cicatrisé, et ce malade impotent et atteint d'une paralysie

incomplète des membres inférieurs est aujourd'hui dans un état excellent. » (*La Lancette*, janvier 1831.)

Dans les cas cités par MM. Chassaignac et Lenoir, on comprend de quelle difficulté était le diagnostic, puisque la tumeur affectait non-seulement la forme bilobée des tumeurs synoviales enkystées, mais se prolongeait encore du côté des doigts, comme dans ces dernières. La seule chose qu'on pouvait affirmer, sans préjuger sur la nature du mal, c'est qu'il affectait les bourses synoviales elles-mêmes ou les gaînes fibreuses. Etait-ce de simples fongosités, comme en a rencontré M. Nélaton; Était-ce du tissu cancéreux ou fibro-plastique, comme semble l'indiquer, par la récidive, le cas signalé par M. Lenoir, ou bien encore une masse amorphe, sorte de gangue entourant les tendons et fixant les corpuscules hordéiformes, analogue à celle que rencontra M. Deville sur le cadavre, et Sanson sur le vivant? Sanson considéra le tissu qu'il trouva en incisant la tumeur comme *une dégénération*, tandis que M. Deville, dans son observation, le considère comme une transformation de son contenu. Cette solidification en un tissu de nature bénigne ou maligne, serait donc aussi une des terminaisons possibles des tumeurs synoviales enkystées, des gaînes tendineuses. Indubitablement le cancer peut envahir ces tumeurs comme tous les tissus, mais nous pensons qu'il le fait au même titre et sans cause ou sans prédilection marquées.

Les *lipômes* sont rares à la face antérieure de la main et du poignet : sans nous étayer de notre propre expérience, nous n'en avons vu qu'un seul cas, et dans cette circonstance, la tumeur qui occupait l'éminence thénar ne pouvait donner lieu à aucune erreur de diagnostic; mais M. Robert a rencontré un fait singulier et qui mérite d'être rapporté, où un lipôme présentait, outre les signes com-

muns à toutes nos tumeurs, une fausse fluctuation et la sensation de crépitation :

« Un garçon boucher, âgé de 27 ans, robuste, bien portant, a été reçu, le 8 octobre, dans les salles de M. Robert, pour une tumeur à la paume de la main droite, précisément vers le bord cubital, s'offrant dans les conditions suivantes : volume d'une demi-orange; longueur, 9 centimètres; largeur, 7 centimètres; forme pyramidale, ou plutôt cordiforme; s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de l'origine de l'éminence hypothénar, jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt; et en largeur, depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de la racine du doigt médius; sans changement de couleur à la peau, qui est seulement distendue; ayant conservé les traces des sillons palmaires, molle, élastique au toucher; présentant une sorte de crépitation ou de frottement quand on la presse, ce qui rappelle les kystes séreux remplis de corpuscules hordéiformes; pas de transparence. Elle paraît sous-cutanée, placée au devant des tendons palmaires, le petit doigt est légèrement fléchi; sa forme est trilobée; ces lobes sont séparés par des sillons assez sensibles. Telles sont les conditions appréciables de la maladie. Le commémoratif a appris que la tumeur s'était déclarée, sans cause connue, à l'âge de 12 ans, par une petite grosseur du volume d'un noyau de cerise, au-dessous de l'éminence hypothénar. Pendant de longues années, elle était restée stationnaire ou n'avait fait que des progrès peu sensibles; mais, il y a deux ou trois ans, elle commença à augmenter et arriva rapidement à un volume considérable; une douleur s'adjoignit au côté interne de l'avant-bras, sur tout son bord cubital; cette douleur augmentait quand le patient voulait saisir et surtout serrer un corps dans la main. Au reste, elle était

habituellement indolente, mais son volume était journellement progressif.

» Le diagnostic était difficile. Était-ce un kyste? un lipôme? un encéphaloïde? une masse fibreuse ou squirrheuse? L'idée à laquelle M. Robert s'est arrêtée d'abord, est celle d'un kyste séreux hydatifère, à cause du bruit de frottement que le toucher communiquait. Cette croyance a été partagée par M. Marjolin, qui a examiné le malade. Il a été, en conséquence, décidé qu'une ponction exploratrice serait faite avec un trois-quarts fin; et, si cette présomption se trouvait confirmée, de vider le liquide, d'y injecter de la teinture d'iode, et d'exercer une compression douce; que si, plus tard, il survenait de l'inflammation, la poche serait largement ouverte et soumise aux irrigations continues d'eau froide. Cette ponction n'a rien donné, et la canule du trois-quarts n'a pu exécuter aucun mouvement dans la tumeur, ce qui a fait reconnaître l'existence d'une masse solide. M. Robert a alors pratiqué, le 10 octobre, une incision cruciale sur la tumeur, a disséqué les lambeaux et a trouvé un lipôme d'une disposition assez singulière et que nous allons décrire.

» La tumeur se compose de deux lipômes emboîtés l'un dans l'autre; la portion inférieure ou basique, et qu'on pourrait nommer emboîtante, est plate, offre une grande gouttière dans son milieu, et pourrait être comparée à un demi-gros œuf bouilli, dont on aurait enlevé le jaune; l'autre portion est parfaitement distincte, a la forme d'un petit cylindre analogue à un pis de vache, est enchâssée dans la gouttière mitoyenne de la tumeur précédente et dans une direction parallèle au bord cubital de la main. La seconde portion était tout à fait mobile et libre dans la gouttière, de sorte que, quand on serrait la tumeur par deux côtés opposés de la base, la partie emboîtée s'échappait en haut, et produisait une sorte de bruit analogue à celui qu'on détermine en comprimant fortement et par secousses les parois

thoraciques d'un petit oiseau mort. En outre, la portion centrale qui s'échappait ainsi venait heurter les doigts posés sur la peau, et donnait la double sensation de fluctuation et de crépitation qu'on connaît à certains kystes du poignet. Toutes ces circonstances réunies ont jeté sur l'étude de ce fait un grand intérêt pratique. » (*Annal. de Thérap.*, t. II.)

Ce serait ici le lieu de parler du pronostic des tumeurs synoviales enkystées, pronostic sur lequel nous avons déjà donné quelques indications, en traitant de leur terminaison ; mais il nous semble préférable de n'en parler qu'après avoir fait l'histoire des moyens de traitement, de l'appréciation desquels il est, pour ainsi dire, inséparable, aussi bien que des résultats obtenus.

Traitement. Les moyens thérapeutiques et chirurgicaux mis en usage contre les tumeurs synoviales enkystées, sont, à peu de chose près, les mêmes que ceux qui ont été employés dans le traitement des kystes synoviaux ganglionnaires ; et nous y retrouvons encore les médications extérieures et les opérations.

Médications extérieures.

Les *médications extérieures*, et parmi elles les pommades résolutives, iodurées, mercurielles, à l'iodure de plomb ; les emplâtres fondants de vigo-cum-mercurio, de sel ammoniac ; les liquides jouissant des mêmes propriétés, tels que l'alcool camphré ou l'alcool pur, la teinture d'iode, sont celles auxquelles on devra d'abord avoir recours. Des faits en assez grand nombre justifient cette pratique, sinon comme suivie d'une guérison radicale, au moins d'une amélioration notable dans l'état des malades.

M. Houzelot, de Meaux, a le premier employé avec suc-

cès l'alcool pur; nous avons cité son observation à propos des tumeurs synoviales non crépitantes : il a été imité par d'autres praticiens, qui ont obtenu des résultats variables. Le malade dont il est parlé dans une des observations de M. Nélaton, et qui éprouvait une douleur névralgique dans le trajet du nerf cubital, avait été traité avec *grand* succès, six mois avant son entrée à l'hôpital, par des applications d'alcool ; l'affection avait néanmoins *récidivé*. On fit usage du même moyen avec un bénéfice marqué ; en deux jours les douleurs avaient cédé, et l'épanchement avait graduellement disparu (*Gaz. des hôpitaux*, août 1851). On trouve dans le même journal (1852, page 137), rendant compte d'une leçon de M. Nélaton sur les tumeurs synoviales enkystées des fléchisseurs des doigts, trois observations nouvelles de l'emploi de l'alcool : chez le premier malade, dont il est question, il s'agit d'une tumeur en bissac appartenant aux gaînes du pouce et du petit doigt, datant de quatorze mois; des compresses assez épaisses, imbibées d'alcool à 36°, furent appliquées sur les tumeurs, et maintenues par une bande de taffetas gommé : disparition des deux tumeurs dans un temps assez court; le malade reprend ses travaux de charron, et après deux mois, la maladie reparaît avec la même disposition. Le malade rentre alors à l'hôpital, où on lui fait de nouvelles applications d'alcool, qui provoquent le soulèvement de l'épiderme par un liquide séreux très-limpide : diminution de la tumeur, mais persistance d'un empâtement fluctuant, et de la crépitation qui existait déjà à son arrivée à la Clinique. M. Nélaton croyant l'alcool insuffisant, se propose de vider la poche le plus possible par le trocart, et de faire une injection iodée.

Le deuxième malade éprouva, dix mois avant son entrée à l'hôpital, une douleur sourde dans les articulations des doigts, sans phénomènes du côté du poignet; deux mois après survint un gonflement dans cette région, surtout du

côte externe; le poignet s'accrut successivement, et avec la tuméfaction la gêne des mouvements, qui n'empêchait pas cependant de soutenir des fardeaux très-lourds. Au bout de quatre mois, la tumeur s'ouvrit et laissa s'écouler une certaine quantité de liquide séro-purulent : elle se referma deux mois après. Douleurs névralgiques sur le trajet du nerf médian. La tumeur, bornée au poignet, est traitée par l'alcool pur, appliqué au moyen de compresses : disparition de la tumeur en peu de temps, mais persistance d'un peu d'empâtement.

Le troisième cas est celui d'une femme qui, sans causes appréciables, ressent des picotements et des élancements dans le pouce et le doigt annulaire de la main droite, se propageant ensuite dans la main et la région interne de l'avant-bras, le long du nerf cubital. Sept ou huit mois avant son entrée à l'hôpital, apparut une tuméfaction vers le bord interne et à la partie inférieure du poignet. Elle entre une première fois à la Clinique et y est traitée par l'alcool, qui donne un demi-succès ; mais elle sort pour affaires, reprend son travail et voit revenir sa tumeur. Le 17 janvier 1852, elle revient à l'hôpital, plus malade que jamais, avec une tumeur fluctuante de la partie antérieure du poignet, gênant les mouvements de flexion et d'extension, et s'accompagnant de douleurs névralgiques très-vives la nuit et troublant le sommeil. Des compresses alcoolisées sont appliquées sur la tumeur : cessation complète des douleurs, et disparition de la tumeur en peu de temps.

L'alcool semble agir en raison inverse de l'ancienneté de la maladie : ainsi la femme a été guérie assez rapidement, tandis que les deux autres malades ont conservé un peu d'empâtement, tout en ayant gagné cependant une amélioration manifeste.

Il n'est pas probable que l'alcool agisse par voie d'endosmose sur le kyste, et nous sommes porté à croire que

son action se borne à une vésication très-légère, peut-être même à un simple tannage de la peau avec constriction : c'est ainsi que se produisent aussi les bons effets que M. Bonnet a constatés de l'emploi de l'iode par la méthode endermique, auquel il doit des succès (*Bulletin de thérapeutique*, 1852). Quoi qu'il en soit de ces agents, les résultats heureux que l'on a obtenus méritent d'être signalés, et doivent engager les chirurgiens à les expérimenter.

Les emplâtres de Vigo, de sel ammoniac, les pommades, sont presque toujours employés, conjointement avec les frictions et la compression : avant de s'adresser au chirurgien, c'est à ces moyens que presque tous les malades ont eu recours inutilement, et les chirurgiens ne les emploient guère sans avoir essayé préalablement quelque remède plus énergique, en les combinant avec eux, ou en les en faisant suivre.

Les *vésicatoires* ont donné quelquefois, assez souvent même, de bons résultats; mais d'autres fois aussi, ils sont restés impuissants. M. Velpeau (*Dict.* en 30 vol.), cite quatre cas dans lesquels, en associant les pommades résolutives, l'acupuncture, les ponctions et les vésicatoires volants, il a obtenu la guérison; c'est surtout aux vésicatoires que ce professeur semble attacher le plus d'importance. Mais des observations beaucoup plus nombreuses, tirées de la pratique du chirurgien de la Charité, aussi bien que d'autres, ne relatent pas toujours des résultats aussi heureux.

Les vésicatoires, pour être efficaces, doivent avoir une très-grande dimension, recouvrir toute la tumeur et même aller au delà; on les pansera avec quelque pommade résolutive, ou bien on les laissera sécher, pour en réappliquer d'autres peu de temps après, de façon à les employer par série très-prolongée.

Des frictions stibiées pourront aussi être faites et suivies de quelques bons effets; en un mot c'est à l'arsenal com-

plet de la médication résolutive et de la médication révulsive qu'on aura recours tout d'abord : nous en excepterons cependant les moxas et les cautérisations transcurrentes par les raisons que nous avons données en traitant des moyens thérapeutiques applicables aux kystes synoviaux ganglionnaires.

Il faut bien le dire, néanmoins, malgré les faits rapportés en faveur de ces moyens, les chirurgiens ne leur accordent qu'une confiance très-médiocre; et leurs doutes sur la possibilité de la guérison, se fondent sur la présence si fréquente, presque constante, dans ces tumeurs des corpuscules hordéiformes, alors même qu'un chirurgien aussi autorisé que M. Velpeau s'est exprimé ainsi : » J'avais cru que la » sortie des concrétions granuleuses contenues dans les kystes » était indispensable à leur guérison; mais les faits pré- » cédents m'ont démontré le contraire. Je sais maintenant » qu'après la disparition des matières liquides qui les invisquent » les grumeaux s'agglomèrent, se confondent entre eux, s'u- » nissent aux tissus voisins, s'amoindrissent de plus en plus, et » finissent par ne plus former que de légères plaques indurées, » qui semblent disparaître complétement à la longue, sans » troubler notablement l'action des tendons fléchisseurs des » doigts. » (*Dict.* en 30 vol.).

Ces conclusions sont acceptables pour les cas où la tumeur de volume médiocre, contiendra une proportion plus considérable de liquide et une plus petite quantité de corpuscules.

Opérations.

Les *opérations* ne sont pas toutes applicables aux tumeurs synoviales enkystées, ou restent impuissantes à en amener la guérison.

L'*écrasement*, impraticable en général pour les tumeurs sous-aponévrotiques, ne saurait être employé ici; de plus,

la compression, son moyen complémentaire et souvent indispensable, s'exerce mal sur les plans irréguliers ou fuyants de la face antérieure de l'avant-bras et de la paume de la main.

L'acupuncture, *les ponctions simples ou multiples*, *directes ou sous-cutanées* suivies de l'évacuation du liquide synovial, sont ou insuffisantes pour amener une irritation adhésive des parois des kystes, ou simplement palliatives. On peut avoir recours à ces dernières lorsque les douleurs sont très-vives ou présentent le caractère névralgique que nous avons indiqué ; elles sont ordinairement suivies d'un soulagement qui cesse avec une nouvelle distension de la cavité. Elles ne permettent pas ou ne permettent qu'incomplétement la sortie des corps riziformes.

Les ponctions suivies *d'injections irritantes* et en particulier *d'injections iodées* ont été faites dans les tumeurs synoviales enkystées un très-grand nombre de fois, et les résultats qu'on en a obtenus sont très-variables. Cette appréciation résulte des observations publiées ou des leçons professées par MM. Velpeau, Jobert, Chassaignac, etc. etc. Peu de malades, quelques-uns cependant, ont pu se dire radicalement guéris; beaucoup ont éprouvé un soulagement marqué sans diminution notable dans le volume de la tumeur; chez quelques autres la maladie a récidivé; très-peu ont été atteints d'accidents graves.

Comme les opérations précédentes, l'injection iodée laisse dans le kyste des corpuscules hydatiformes et nous avons vu que M. Velpeau, ne considérait pas cette circonstance comme un obstacle à la guérison : il est possible en effet, ou qu'ils parcourent les phases indiquées par ce professeur, ou qu'ils soient repris par l'absorption comme on voit disparaître quelquefois à la longue les fausses membranes ou leurs débris dans les autres parties de l'économie. Néanmoins, ces corps hordéiformes seront une cause menaçante de

récidive ou de gêne persistante dans les mouvements de la main ; c'est là comme nous l'avons dit, ce qui ressort des faits observés, dans lesquels les chirurgiens signalent peu de guérisons complètes, souvent des rechutes, presque toujours la persistance d'un empâtement plus ou moins considérable de la région affectée.

Mais s'il y a eu des récidives, rien n'a empêché de recourir de nouveau à l'injection iodée, dont l'innocuité est la règle, les accidents l'exception. On peut donc répéter les injections autant de fois que le mal reparaîtra. Nous pensons que des injections successives pratiquées à des intervalles assez rapprochés, sans attendre que la tumeur ait repris son premier volume, sont la meilleure règle de conduite à tenir.

Les mouvements des doigts, après cette opération, se rétablissent quelquefois, ou restent bornés le plus souvent : c'est à l'ancienneté de la tumeur que nous croyons devoir rapporter ce phénomène, à l'organisation solide et invétérée des brides ou des adhérences des tendons entre eux ; l'injection peut bien, il est vrai, par les modifications qu'elle apporte dans les parois des cavités closes, amener la production de ces adhérences, mais, comme M. Hutin l'a démontré par des recherches nombreuses faites sur la tunique vaginale anciennement atteinte d'hydropisie et opérée par injection, ces adhérences persistent rarement et la liberté entre la surface pariétale et la surface viscérale se rétablit après un temps plus ou moins long.

C'est donc à l'injection iodée que l'on devra recourir lorsque les moyens précédents auront échoué. Il convient, pour la pratiquer, de se servir d'un trocart d'un assez gros calibre, afin de permettre la sortie du plus grand nombre possible de corpuscules, que l'on provoque par des pressions convenablement dirigées : il peut arriver que la poche présente des cloisons et ne se vide pas entièrement ; il convient

alors, après une première ponction insuffisante pour affaisser la tumeur, de reporter l'instrument sur les différents points restés pleins et saillants, et de pratiquer ainsi deux, trois, quatre ponctions, suivies d'injection dans chacune des poches existantes.

On s'assurera de la position des artères afin d'éviter leur lésion, et si la ponction faite avec le trocart présentait quelque difficulté, soit en raison du petit volume de la tumeur, de l'épaisseur de ses parois ou de celle des téguments, soit en raison de quelque disposition anormale, on pourrait se servir d'un bistouri pour arriver couche par couche sur les parois du kyste, ou pour pénétrer dans son intérieur même.

Les *incisions sous-cutanées*, simples ou multiples, s'appliquent difficilement aux tumeurs en question : elles présentent, dans cette circonstance, l'inconvénient de ne pas permettre au kyste de se vider facilement, et de laisser en plus grand nombre les corps hordéiformes ; l'accident possible de la lésion des nerfs que nous avons signalé dans leur appréciation, en tant qu'elles sont appliquées au traitement des kystes synoviaux, se retrouve encore ici tout entier, augmenté de quelque injure plus ou moins sérieuse faite aux tendons ou aux vaisseaux artériels. Comme toutes les autres opérations qui précèdent, elles comptent des succès et des revers, et néanmoins nous ne pensons pas, par les raisons que nous venons de dire, qu'elles doivent être généralisées.

Le *séton* est ou inutile ou dangereux : inutile, si sa présence est supportée patiemment par la maladie qui n'en éprouvera aucune modification ; dangereux, s'il amène l'inflammation qui, se développant dans une poche limitée et bridée par des tissus résistants, se maintiendra difficilement dans de justes limites.

La raison de ce jugement, peut-être un peu absolu, porté sur le séton, est celle qui domine toute la thérapeutique des

tumeurs enkystées par l'*incision*; c'est donc l'inflammation envahissante qui constitue le phénomène capital et le danger de ce dernier mode de traitement.

L'*incision* par elle-même, lorsqu'elle est suivie de l'établissement régulier de la suppuration, sans développement de phénomènes violents et retentissant au loin, n'est évidemment pas plus dangereuse que les autres moyens de traitement, et offre les meilleures chances de succès durable : mais tous les élèves de Dupuytren se rappellent encore l'appréhension, pour ne pas dire plus, avec laquelle ce chirurgien abordait le traitement de ces tumeurs; il semble toutefois que ce sentiment s'est amoindri dans l'esprit des chirurgiens de nos jours, bien qu'il soit toujours en éveil.

« Soit qu'à l'instar de M. Champion, dit M. Velpeau » (*Dict.* en 30 vol.), on s'en tienne à de très-petites incisions aidées de la compression, soit qu'on imite Portal, » Gooch, Dupuytren, Warner, et qu'on fende largement » toute la poche, en y comprenant même, s'il le faut, le » ligament antérieur du carpe, soit qu'on se borne, comme » Richerand et d'autres l'ont fait, à une incision d'un ou » deux centimètres sur l'une des bosselures de la tumeur, » l'opération n'en est pas moins toujours fort effrayante par » ses suites possibles. »

L'inflammation des gaînes synoviales peut donc être comparée à l'inflammation des capsules synoviales articulaires; et si celles-ci présentent une surface plus étendue, celles-là, par leur prolongement dans les parties voisines, et par les connexions qu'elles affectent avec elles, par leur passage au-dessous d'appareils ligamenteux très-résistants, ne présentent pas moins de conditions de dangers imminents lorsqu'elles ont été ouvertes.

Dans quelles circonstances faudra-t-il donc avoir recours à l'incision? C'est lorsque les tumeurs synoviales enflammées menaceront de s'ouvrir par le travail morbide dont

elles sont le siége ; lorsque traitées par un des moyens précédents, ces moyens y auront déterminé des accidents de nature inflammatoire sérieux ; lorsque les parois du kyste sont trop épaisses pour qu'on puisse espérer les voir se réduire sous l'influence de moyens moins dangereux ; lorsque la tumeur s'est ouverte, soit spontanément, soit sous l'influence des moyens employés pour la combattre. Les incisions étendues faites sur les tumeurs, sont celles auxquelles nous donnons la préférence ; elles ont l'avantage d'ouvrir un libre passage aux corps hydatiformes ; elles n'empêchent en aucune façon que les parois soumises à une compression légère se réunissent ; elles laissent une voie plus large à l'écoulement du pus s'il vient à se former ; elles préviennent enfin l'étranglement. Si l'inflammation suppurative ne se maintient pas dans de justes limites, si elle se propage à la main ou à l'avant-bras, si elle provoque l'angéïoleucite, le phlegmon diffus, des fusées purulentes, il convient de recourir aux émissions sanguines locales énergiques, aux irrigations continues dont Auguste Bérard a donné, dans sa pratique, des exemples suivis avec succès par un bon nombre de chirurgiens, d'agrandir encore les incisions et de pratiquer des débridements.

Dupuytren, pour s'opposer aux accidents inflammatoires, débridait à l'aide d'un bistouri boutonné les aponévroses de la main et de l'avant-bras ; M. Syme, plaçant le siége de l'étranglement dans la compression exercée par le ligament annulaire, a proposé d'en faire la section à l'exemple de Warner : cette opération qui peut avoir pour résultats consécutifs la gêne des mouvements de la main, par le défaut de maintien des tendons fléchisseurs, ne nous paraît indiquée que lorsque la violence des accidents et la gravité des désordres qu'ils ont produit ont déjà compromis les fonctions physiologiques du membre, et que comme une

ressource extrême avant l'amputation, à laquelle on est quelquefois obligé d'arriver.

De larges incisions, l'immobilité absolue des parties, les irrigations froides longtemps continuées d'une part, une surveillance constante et un régime approprié aux accidents graves que l'opération peut entraîner à sa suite, de l'autre telles sont les règles auxquelles nous nous conformerions, si, par une des causes précédemment indiquées, nous avions été amené à ouvrir une de ces tumeurs; ce sont celles qui ont été suivies avec les résultats les plus heureux.

Si l'inflammation est toujours à craindre, si elle est toujours menaçante, elle ne survient pas toujours néanmoins; et quand les tumeurs synoviales ont été ouvertes, ou qu'elles se sont ouvertes spontanément, elles n'affectent pas fatalement, une marche aussi dangereuse : elles peuvent rester stationnaires et les ouvertures simples ou multiples demeurer fistuleuses. Dans ces cas, les différents topiques résolutifs, les vésicatoires, la compression exercée sur la surface de manière à laisser les fistules complétement libres, de légères cautérisations transcurrentes ont été suivis d'amélioration dans l'état des malades ou de guérison.

L'*excision* lorsqu'elle est bornée, nous semble devoir être mise au même rang de gravité que l'incision; quant à l'*extirpation* elle ne nous paraît pas complétement possible, en raison des dispositions anatomiques des parties.

Ces considérations sur les *opérations* nous amènent à conclure que le chirurgien n'est pas autorisé à porter tout d'abord l'instrument tranchant sur les tumeurs dont il est question et à les ouvrir; c'est aux moyens que nous avons indiqués sous le titre de médications extérieures, à la ponction suivie d'injection iodée qu'il conviendra qu'il s'adresse de préférence.

Pronostic et résultats définitifs. — Si l'on envisage à un point de vue général, les résultats définitifs du traitement

TABLE DES MATIÈRES.

Pages

I. Considérations générales. 1
Division. 3
Anatomie normale des gaînes synoviales de la main et du poignet.. 4
Anatomie normale des synoviales articulaires. 8
Anatomie des bourses muqueuses. 12
Histologie. 13
Anatomie pathologique.. 13
Altérations diverses.. 25

II. Classification des kystes synoviaux.. 39
Des ganglions ou kystes synoviaux. 40
Des tumeurs synoviales enkystées. 76

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, 26, rue Racine, près de l'Odéon.